Actualizada

Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso

GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Edición Actualizada del 2005

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Institutos Nacionales de Salud
Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo

Nuevos Materiales de Apoyo

Edición 2005 Actualizada

Tabla de Contenido

Introducción 1

Qué es Igual, Qué Hay de Nuevo en esta Actualización 2

Antes de Empezar 3

Cómo Ayudar a Pacientes que Beben en Exceso: Enfoque Clínico

Paso 1: Pregunte sobre el Uso de Alcohol 4

Paso 2: Evalúe la Presencia de Trastornos por el Uso de Alcohol 5

Paso 3: Oriente y Ayude
- Consumo de Riesgo 6
- Trastornos por el Uso de Alcohol 7

Paso 4: Para el Seguimiento: Continúe Brindando Apoyo
- Consumo de Riesgo 6
- Trastornos por el Uso de Alcohol 7

Apéndice

Materiales de Apoyo para el Profesional de la Salud 10

Material Educativo para los Pacientes 24

Materiales en el Internet para Profesionales de la Salud y Pacientes 27

Preguntas Frecuentes 28

Notas 33

...los hombres que consumen más de 4 bebidas estándar en un día (o más de 14 a la semana) y las mujeres que consumen más de 3 al día (o más de 7 a la semana) tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados al consumo de alcohol.

Introducción

Esta *Guía* ha sido escrita para profesionales de la salud de atención primaria y salud mental. Ha sido producida por el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA por sus siglas en inglés), un componente de los Institutos Nacionales de Salud, con la orientación de médicos, enfermeros, enfermeros especialistas avanzados, asistentes médicos e investigadores clínicos.

¿Cuánto es "en exceso"?

El consumo de alcohol se considera en exceso cuando causa o aumenta el riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud. Según investigaciones epidemiológicas, **los hombres que consumen más de 4 bebidas estándar en un día (o más de 14 a la semana) y las mujeres que consumen más de 3 al día (o más de 7 a la semana) tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados al consumo de alcohol.**[1]

Sin embargo, las respuestas individuales al alcohol varían. El consumo de alcohol a niveles más bajos puede resultar problemático dependiendo de muchos factores, tales como la edad, condiciones coexistentes y el uso de medicamentos. Debido a que no se sabe si cierta cantidad de alcohol es inofensiva durante el embarazo, el Cirujano General recomienda que las mujeres embarazadas o que piensan llegar a estarlo se abstengan de consumir alcohol.[2]

¿Por qué investigar si alguien bebe en exceso?

- **El consumo de riesgo y los problemas ocasionados por el alcohol son frecuentes.** Aproximadamente 3 de cada 10 adultos estadounidenses beben en niveles que aumentan su riesgo de padecer problemas físicos, mentales y sociales. De estos bebedores en exceso, aproximadamente 1 de cada 4 abusa o tiene dependencia del alcohol actualmente.[3] Todos los bebedores en exceso tienen un mayor riesgo de sufrir hipertensión, sangrado gastrointestinal, trastornos del sueño, depresión considerable, apoplejía, cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer.[4]
- **A menudo el consumo excesivo pasa desapercibido.** En un estudio reciente en establecimientos de atención primaria de salud, por ejemplo, los pacientes con dependencia del alcohol recibieron la calidad de atención recomendada, incluyendo evaluación y referencia para tratamiento, pero aproximadamente sólo en un 10 por ciento de las veces.[5]
- **Los pacientes tienden a ser más receptivos, abiertos y listos para el cambio de lo que usted espera.** La mayoría de los pacientes no se oponen a ser investigados por el consumo de alcohol por parte de los profesionales de la salud y están abiertos a escuchar consejos posteriormente.[6] Además, la mayoría de los pacientes de atención primaria que resultan positivos por consumo excesivo o trastornos por el consumo de alcohol muestran cierta buena disposición al cambio, siendo aquellos que tienen los síntomas más graves los más dispuestos.[7]
- **Usted está en la mejor posición para crear cambios.** Los ensayos clínicos han demostrado que intervenciones breves pueden promover reducciones significativas y duraderas de los niveles de uso de alcohol entre los consumidores en riesgo y sin dependencia del alcohol.[8] Algunos consumidores con dependencia aceptarán la referencia a programas para el tratamiento de la adicción. Incluso para pacientes que no aceptan una referencia, las visitas continuas al proveedor de atención médica, centradas en la dependencia del alcohol, pueden conducir a una mejora significativa.[9,10]

Si aún no lo ha hecho, le animamos a que incorpore en su consulta la indagación e intervención sobre el uso del alcohol. **Con esta *Guía*, usted tiene lo necesario para empezar.**

Qué es Igual, Qué Hay de Nuevo en esta Actualización

Igual enfoque para la indagación e intervención

El enfoque para la indagación e intervención sobre el uso del alcohol presentado en la *Guía 2005* original permanece igual. Dicha edición estableció una cantidad de nuevas orientaciones comparada con versiones anteriores, incluyendo una pregunta de indagación simplificada y única, más orientación para el manejo de pacientes dependientes del alcohol y una audiencia específica ampliada que incluye profesionales de la salud mental, ya que sus pacientes están más propensos a tener problemas con el alcohol que los de la población general.[11,12]

En las secciones de "cómo", dos revisiones pequeñas son dignas de mencionar. La retroalimentación obtenida de la *Guía* nos indica que algunos pacientes no consideran que la cerveza es una bebida alcohólica, de modo que la pregunta de indagación previa de la página 4 ahora dice: "¿Consume algunas veces *cerveza, vino u otras* bebidas alcohólicas?" Y en la página 5, los criterios de evaluación permanecen iguales, pero la secuencia refleja ahora de mejor forma la probable progresión de los síntomas en los trastornos por el uso del alcohol.

Materiales de apoyo actualizados y nuevos

- **Sección actualizada sobre medicamentos.** La sección sobre prescripción de medicamentos (páginas 13 a 16) contiene información adicional acerca de estrategias y opciones de tratamiento. Describe una droga inyectable de liberación prolongada y recientemente aprobada para el tratamiento de la dependencia del alcohol, la cual se une a tres medicamentos orales aprobados anteriormente.

- **Apoyo para el manejo de los medicamentos.** Los pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol necesitan cierto apoyo conductual, pero no tiene necesariamente que ser consejería especializada sobre alcohol. Para los profesionales de la salud que se encuentran en entornos de medicina general y salud mental, ahora la Guía provee un programa breve y efectivo de apoyo conductual, que fue desarrollado para pacientes que recibieron farmacoterapia en un reciente ensayo clínico (páginas 17 a 22).

- **Recurso especializado para consejería sobre el uso de alcohol.** Para los profesionales de la salud mental que desean ofrecer consejería especializada para la dependencia del alcohol, hemos añadido información acerca de una intervención conductual de vanguardia desarrollada también para un reciente ensayo clínico (página 31).

- **Recursos en el Internet.** Una nueva página en el sitio Web de NIAAA está dedicada a la *Guía* y recursos relacionados (*www.niaaa.nih.gov/guide*). Refiérase a la página 27 para una muestra de formularios, publicaciones y recursos de capacitación disponibles.

- **Nuevo manual para la educación de los pacientes.** "Estrategias para la Reducción del Consumo" ofrece orientación concisa para pacientes que están listos para reducir o abandonar el consumo de alcohol. El manual puede ser fotocopiado de la página 26 o descargado desde *www.niaaa.nih.gov/guide*, donde también está disponible en inglés.

- **Secciones transferidas.** Dos recursos de apéndices de la versión anterior (las preguntas de muestra para evaluación y las notas de progreso pre-formateadas para visitas iniciales y de seguimiento) están disponibles ahora en el Internet en la dirección *www.niaaa.nih.gov/guide*. La sección anterior "Materiales de NIAAA" ahora es parte de "Materiales en el Internet para Profesionales de la Salud y Pacientes" en la página 27.

Antes de Empezar...

Decida su método de indagación

La *Guía* provee dos métodos para la indagación: una sola pregunta (sobre días en que bebe en exceso) para usar durante la entrevista clínica y un instrumento de auto-informe escrito (el cuestionario AUDIT—refiérase a la página 11). La entrevista de una sola pregunta puede ser usada en cualquier momento, ya sea junto con el cuestionario AUDIT o sola. Algunos establecimientos de salud podrán preferir que los pacientes llenen el cuestionario AUDIT antes de que vean al profesional de la salud. Toma menos de 5 minutos completar el cuestionario y puede ser copiado o incorporado al historial médico.

Piense en las indicaciones clínicas para la indagación

Las oportunidades claves incluyen

- Como parte un **examen de rutina**
- Antes de **prescribir un medicamento** que interactúa con el alcohol (refiérase al cuadro en la página 29)
- En el **departamento de emergencia** o centro de atención de emergencia
- En pacientes que
    - están **embarazadas** o tratando de concebir
    - tienen **propensión a beber en exceso**, tales como fumadores, adolescentes y adultos jóvenes
    - tienen problemas de salud que **podrían haber sido inducidos por el alcohol**, tales como

arritmia cardiaca	dispepsia	enfermedad hepática
ansiedad o depresión	insomnio	trauma

- tienen **enfermedades crónicas que no responden al tratamiento como se esperaba**, tales como

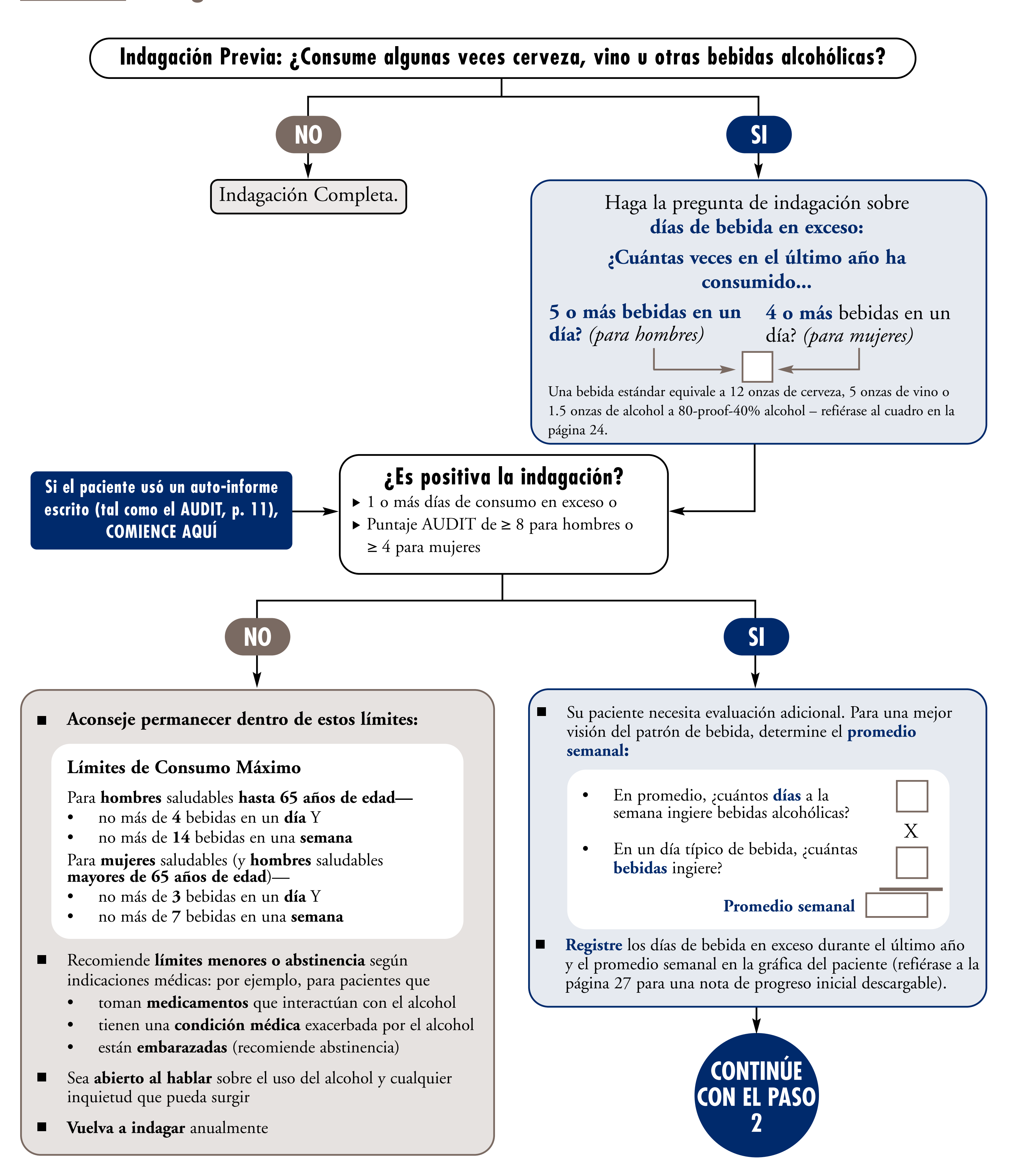
dolor crónico	diabetes	trastornos gastrointestinales
depresión	enfermedad cardiaca	hipertensión

Establezca su práctica para simplificar el proceso

- Decida quién realizará la indagación (usted, otro personal clínico, el recepcionista que reparte el cuestionario AUDIT)
- Use las notas de progreso pre-formateadas (refiérase a “Materiales en el Internet” en la página 27)
- Use los recordatorios de la computadora (si usa registros médicos electrónicos)
- Mantenga copias de la guía de bolsillo (incluidas) en información de referencia en los cuartos de examen
- Monitoree su desempeño a través de prácticas del cuestionario

Cómo Ayudar a Pacientes que Beben en Exceso: Enfoque Clínico

PASO 1 Pregunte sobre el Uso de Alcohol



PASO 2 Evalúe la Presencia de Trastornos por el Uso de Alcohol

A continuación, determine si existe un *patrón de mala adaptación en el uso del alcohol* que esté causando *ansiedad o problemas clínicamente significativos*. Es importante evaluar la gravedad y extensión de todos los síntomas relacionados con el uso de alcohol para informar sus decisiones acerca del manejo del caso. La siguiente lista de síntomas ha sido adaptada basándose en el *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, 4ta Edición (DSM-IV), Revisado*. Existen preguntas de evaluación de muestra en el Internet en *www.niaaa.nih.gov/guide*.

Determine si durante los últimos 12 meses el consumo de alcohol de su paciente ha causado o contribuido **repetidamente** a

- ☐ **riesgo** de lesión corporal (beber y conducir, operar maquinaria, nadar)
- ☐ problemas de **relaciones** (familia o amistades)
- ☐ **incumplimiento de rol** (interferencia con las obligaciones del hogar, el trabajo o la escuela)
- ☐ **altercados** con la ley (arrestos u otros problemas legales)

Si responde afirmativamente a **una o más** preguntas → su paciente tiene **abuso de alcohol.**

En cualquiera de los casos, proceda a evaluar los síntomas de dependencia.

Determine si en los últimos 12 meses su paciente

- ☐ **no ha podido adherirse a los límites de bebidas** (los ha sobrepasado repetidamente)
- ☐ **no ha podido reducir la bebida o abstenerse** (intentos fallidos repetidos)
- ☐ **ha mostrado tolerancia** (necesitó beber mucho más para obtener el mismo efecto)
- ☐ **ha mostrado señales del síndrome de abstinencia** (temblores, sudoración, náusea o insomnio cuando trata de dejar de beber o consumir menos)
- ☐ **ha seguido bebiendo a pesar de los problemas** (problemas físicos o psicológicos recurrentes)
- ☐ **ha pasado mucho tiempo bebiendo** (o anticipándose o recuperándose de la bebida)
- ☐ **ha dedicado menos tiempo a otros asuntos** (actividades que habían sido importantes o placenteras)

Si responde afirmativamente a **tres o más** preguntas → su paciente tiene **dependencia al alcohol.**

¿Cumple el paciente con los criterios para abuso o dependencia del alcohol?

NO → **Su paciente todavía está en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol** → **CONTINÚE CON LOS PASOS 3 Y 4** para **CONSUMO DE RIESGO**, página 6

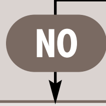
SI → **Su paciente tiene un trastorno por uso del alcohol** → **CONTINÚE CON LOS PASOS 3 Y 4** para **TRASTORNOS POR USO DEL ALCOHOL**, página 7

CONSUMO DE RIESGO (**no** se presenta abuso ni dependencia)

PASO 3 Oriente y Ayude (Intervención Breve)

- **Indique claramente su conclusión y recomendación:**
  - "Está bebiendo más de lo que se considera médicamente seguro". Refiérase a las inquietudes del paciente y hallazgos médicos, si hubiere. (Considere usar el cuadro de la página 25 para mostrar el aumento de riesgo.)
  - "Recomiendo enfáticamente que reduzca (o deje) la bebida y estoy dispuesto a ayudarlo". (Refiérase a la página 29 para recomendaciones.)
- **Mida la disposición para cambiar los hábitos de bebida:**
  "¿Está dispuesto a realizar cambios en su consumo de alcohol?"

¿Está listo el paciente para comprometerse a cambiar en este momento?



NO

No se desanime—la ambivalencia es frecuente. Su consejo probablemente ha inducido un cambio en el pensamiento de su paciente, un cambio positivo de por si. Mediante refuerzo continuo, su paciente podrá decidir tomar acción. Por ahora,

- **Vuelva a expresar su inquietud** acerca de su salud.
- **Estimule la reflexión** pidiéndole a los pacientes que comparen lo que les gusta de la bebida contra sus razones para reducirla. ¿Cuáles son las principales ba-rreras para el cambio?
- **Reafirme su disposición a ayudar** cuando el paciente se sienta listo.

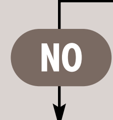
SI

- **Ayude a fijar una meta** para reducir dentro de los límites máximos (refiérase al Paso 1) o abstenerse durante un tiempo.
- **Acuerde un plan,** incluyendo
  - qué pasos específicos tomará el paciente (por ejemplo: no ir a un bar después del trabajo, medir todas las bebidas en casa, alternar bebidas alcohólicas y no alcohólicas).
  - cómo se medirá el consumo (diario, o en calendario de cocina).
  - como el paciente va a enfrentar situaciones de alto riesgo.
  - quién estaría dispuesto a ayudar, como el cónyuge o amigos no bebedores.
- **Proporcione materiales educativos.** Refiérase a la página 26 para "Estrategias para la Reducción del Consumo" y a la página 27 para otros materiales disponibles de NIAAA.

PASO 4 Para el Seguimiento: Continúe Brindando Apoyo

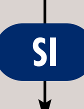
RECORDATORIO: Documente el uso del alcohol y revise las metas en cada visita (refiérase a la página 27 para las notas de progreso descargables).

¿Pudo el paciente alcanzar y mantener la meta de consumo?



NO

- **Acepte que el cambio es difícil.**
- **Apoye cualquier cambio positivo** y aborde las barreras para alcanzar la meta.
- **Renegocie la meta y el plan;** considere una prueba de abstinencia.
- **Considere comprometer a la pareja o cónyuge.**
- **Reevalúe el diagnóstico** si el paciente no puede reducir ni abstenerse. (Continúe con el Paso 2.)



SI

- **Refuerce y apoye la adherencia continua** a las recomendaciones.
- **Renegocie las metas del consumo** según se indica (por ejemplo: si la condición médica cambia o si un paciente en abstinencia desea volver a beber).
- **Anime al paciente a regresar** si no puede mantener la adherencia.
- **Indague de nuevo** por lo menos una vez al año.

TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL (abuso o dependencia)

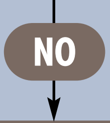
PASO 3 Oriente y Ayude (Intervención Breve)

- **Indique claramente su conclusión y recomendación:**
  - “Creo que tiene un trastorno por el uso de alcohol. Recomiendo enfáticamente que deje de beber y estoy dispuesto a ayudarlo”.
  - Refiérase a las inquietudes del paciente y hallazgos médicos, si hubiere.
- **Negocie una meta de consumo:**
  - La abstención es la medida más segura para la mayoría de los pacientes con trastornos por el uso de alcohol.
  - Los pacientes que tienen formas más leves de abuso o dependencia y no están dispuestos a abstenerse, podrán tener éxito reduciendo el consumo. (Refiérase al Paso 3 para Consumo de Riesgo.)
- **Considere** referirlo a un **especialista en adicción para una evaluación adicional,** especialmente si el paciente es dependiente. (Refiérase a la página 23 para sugerencias sobre encontrar recursos de tratamiento.)
- **Considere** recomendar un **grupo de ayuda mutua.**
- Para pacientes que tienen dependencia, **considere**
  - la necesidad de **abstinencia controlada médicamente** (desintoxicación) y tratamiento respectivo (refiérase a la página 31).
  - prescribir un **medicamento** para dependencia del alcohol para aquellos que apoyan la abstinencia como una meta (refiérase a la página 13).
- **Coordine citas de seguimiento** incluyendo apoyo para el control de medicamentos, de ser necesario (refiérase a la página 17).

PASO 4 Para el Seguimiento: Continúe brindando apoyo

RECORDATORIO: Documente el uso del alcohol y revise las metas en cada visita (refiérase a la página 27 para las notas de progreso descargables). Si el paciente está recibiendo un medicamento para la dependencia del alcohol, se debería suministrar apoyo para el control de medicamentos (refiérase a la página 17).

¿Pudo el paciente alcanzar y mantener la meta de consumo?



- **Acepte que el cambio es difícil.**
- **Apoye los esfuerzos** para reducir o abstenerse, aclarando que su recomendación es la abstención.
- **Relacione la bebida a los problemas** (médicos, psicológicos y sociales) según corresponda.
- Si las siguientes medidas no se han tomado todavía, **considere**
  - referirlo a un **especialista en adicción** o consultar uno.
  - recomendar un **grupo de ayuda mutua.**
  - comprometer a la **pareja o cónyuge.**
  - prescribir un **medicamento** para pacientes con dependencia del alcohol que apoyan la abstinencia como una meta.
- **Aborde los trastornos coexistentes**—médicos y psiquiátricos—según sea necesario.

SI

- **Refuerce y apoye la adherencia continua** a las recomendaciones.
- **Coordine la atención** con un especialista si el paciente ha aceptado ser referido.
- **Mantenga los medicamentos** para dependencia del alcohol por lo menos 3 meses y, de allí en adelante, según sea clínicamente indicado.
- **Trate la dependencia coexistente a la nicotina** de 6 a 12 meses después de alcanzar la meta de bebida.
- **Aborde los trastornos coexistentes**—médicos y psiquiátricos—según sea necesario.

Apéndice

Materiales de Apoyo para el Profesional de la Salud
Instrumento de Indagación: El Cuestionario (AUDIT) para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol 10
Prescripción de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol. 13
Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol 17
Plantilla de la Sesión Inicial para el Apoyo en el Manejo de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol 19
Plantilla de la Sesión de Seguimiento 21
Recursos de Referencia 23

Material Educativo para los Pacientes
¿Qué es una Bebida Estándar? 24
Patrones de Consumo de Alcohol en los Estados Unidos. 25
Estrategias para la Reducción del Consumo. 26

Materiales en el Internet para Profesionales de la Salud y Pacientes . . 27

Preguntas Frecuentes
Acerca de la Indagación por el Uso de Alcohol e Intervenciones Breves. 28
Acerca de los Niveles de Consumo de Alcohol y Consejos. 29
Acerca del Diagnóstico y Ayuda a Pacientes Que Tienen Trastornos por el Uso de Alcohol 31

Notas 33

Instrumento de Indagación: El Cuestionario (AUDIT) para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol

Su establecimiento médico podrá preferir que los pacientes llenen un instrumento de indagación por escrito antes de que vean al profesional de la salud. Con ese fin, en esta *Guía* se proporciona el cuestionario AUDIT, tanto en inglés como en español. Sólo toma aproximadamente 5 minutos completarlo, ha sido puesto a prueba en el ámbito internacional en entornos de atención primaria y tiene altos niveles de validez y confiabilidad. Puede fotocopiar estas páginas o descargarlas del sitio *www.niaaa.nih.gov/guide.*

Calificación del Cuestionario AUDIT

Registre la calificación para cada respuesta en el cuadro en blanco al final de cada línea, luego sume estos números. El puntaje máximo posible es 40.

Los puntajes de 8 o más para hombres hasta los 60 años de edad o de 4 para mujeres, adolescentes y hombres mayores de 60 años de edad son considerados como resultados positivos.[14,15,16] Para pacientes con puntajes cercanos a los puntos de corte, se recomienda a los profesionales de la salud que examinen las respuestas individuales a las preguntas y las aclaren durante el examen clínico.

Nota: La sensibilidad y especificidad del cuestionario AUDIT para detectar el consumo en exceso y los trastornos por el uso del alcohol varían de acuerdo a las diferentes poblaciones. Al disminuir los puntos de corte, la sensibilidad aumenta (la proporción de los casos “positivos verdaderos”) y al mismo tiempo aumentan los casos de falsos positivos. Por consiguiente, puede ser más fácil usar un punto de corte de 4 para todos los pacientes, reconociendo que se podrían identificar más casos de falsos positivos entre los hombres adultos.

Continuar con la indagación y la evaluación

Después de haber completado el cuestionario AUDIT, continúe con el Paso 1, en la página 4.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					Total	

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud y la Generalitat Valenciana Conselleria de Benestar Social. Para reflejar las medidas estándares de consumo en los Estados Unidos, la cantidad de tragos en la pregunta 3 fue cambiada de 6 a 5. En el sitio *www.who.org* está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

PATIENT: Because alcohol use can affect your health and can interfere with certain medications and treatments, it is important that we ask some questions about your use of alcohol. Your answers will remain confidential, so please be honest.

Place an X in one box that best describes your answer to each question.

Questions	0	1	2	3	4	
1. How often do you have a drink containing alcohol?	Never	Monthly or less	2 to 4 times a month	2 to 3 times a week	4 or more times a week	
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more	
3. How often do you have 5 or more drinks on one occasion?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because of your drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
9. Have you or someone else been injured because of your drinking?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
10. Has a relative, friend, doctor, or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
					Total	

Note: This questionnaire (the AUDIT) is reprinted with permission from the World Health Organization. To reflect standard drink sizes in the United States, the number of drinks in question 3 was changed from 6 to 5. A free AUDIT manual with guidelines for use in primary care settings is available online at *www.who.org*.

Prescripción de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol

Tres medicamentos orales (naltrexone, acamprosate, y disulfiram) y uno inyectable (naltrexone inyectable de liberación prolongada) están aprobados actualmente para tratar la dependencia del alcohol. Estos medicamentos han demostrado ser eficaces para ayudar a los pacientes a reducir el consumo, evitar la recaída en consumo excesivo, alcanzar y mantener la abstinencia u obtener una combinación de estos efectos. Tan cierto como para el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, abordar sistemáticamente la adherencia del paciente maximizará la efectividad de estos medicamentos (refiérase a “Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol”, en la página 17).

¿Cuándo se debe considerar la prescripción de medicamentos para tratar un trastorno relacionado con el uso de alcohol?

Todos los medicamentos aprobados han demostrado ser complementos efectivos para el tratamiento de la dependencia del alcohol. Por lo tanto, considere agregar medicamentos siempre que esté tratando a alguien con una dependencia activa del alcohol o alguien que ha dejado de beber en los últimos meses pero que está experimentando problemas tales como ansias o deslices. Los pacientes que han fallado anteriormente en responder a enfoques psico-sociales solamente son en este caso fuertes candidatos.

¿Deben los pacientes estar de acuerdo en abstenerse?

No importa cual medicamento para la dependencia del alcohol se use, los pacientes que tienen una meta de abstinencia, o que pueden abstenerse aún por unos cuantos días antes de empezar a tomar el medicamento, probablemente tengan mejores resultados. Aún así, es mejor determinar metas individuales para cada paciente. Puede que algunos pacientes no estén dispuestos a apoyar la abstinencia como una meta, especialmente al principio. Si un paciente con dependencia del alcohol está de acuerdo en reducir sustancialmente el consumo, es mejor comprometerlo con esa meta a la vez que se continúa señalando que la abstinencia sigue siendo el resultado óptimo.

La buena disposición de un paciente a abstenerse tiene implicaciones importantes para la elección del medicamento. La mayoría de los estudios sobre efectividad han requerido que los pacientes se abstengan de beber antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, un estudio de naltrexone oral demostró una reducción modesta en el riesgo de consumo excesivo en personas con dependencia moderada que eligen reducir en lugar de abstenerse.[17] Un estudio de naltrexone inyectable sugiere que este medicamento también puede reducir el consumo excesivo en pacientes dependientes que todavía no son abstinentes, aunque tiene un efecto más contundente en aquellos pacientes que se abstuvieron durante 7 días antes de empezar el tratamiento[18] y sólo está aprobado para su uso en pacientes que pueden abstenerse en un entorno ambulatorio antes de empezar el tratamiento. También acamprosate está aprobado sólo para su uso en pacientes que son abstinentes al inicio de tratamiento. Y disulfiram está contraindicado en pacientes que desean continuar bebiendo, debido a que ocurre una reacción entre el disulfiram y el alcohol con cualquier consumo que se tenga.

¿Cuál de los medicamentos debo prescribir?

La decisión dependerá del criterio clínico y la preferencia del paciente. Cada uno tiene un mecanismo de acción diferente. Algunos pacientes pueden responder mejor a un tipo de medicina que a otro.

Naltrexone

Mecanismo: Naltrexone bloquea los receptores opioides que participan en los efectos gratificantes de beber alcohol y en las ansias por consumir alcohol. Está disponible en dos presentaciones: oral (Depade®, ReVia®), de una sola dosis diaria e inyectable de liberación prolongada (Vivitrol®), administrada como inyecciones mensuales únicas.

Eficacia: Naltrexone oral reduce las recaídas en el consumo excesivo, definido como 4 o más bebidas al día para las mujeres y 5 o más para los hombres.[19,20] Reduce el riesgo de recaídas durante los 3 primeros meses en casi un 36 por ciento (cerca del 28 por ciento de los pacientes que toman naltrexone tienen recaídas comparado con cerca de 43 por ciento para los que toman un placebo).[20] Por consiguiente, es especialmente útil para refrenar el consumo en pacientes que tienen "deslices" de consumo. Tiene una menor efectividad en el mantenimiento de la abstinencia.[19,20] En el único estudio disponible al momento de publicar esta actualización de la Guía, el naltrexone inyectable de liberación prolongada resultó en una reducción del 25 por ciento en la proporción de días de consumo excesivo comparado con un placebo, teniendo una mayor tasa de respuesta los hombres y los pacientes con abstinencia previa al inicio del tratamiento.[18]

Acamprosate

Mecanismo: Acamprosate (Campral®) actúa sobre los sistemas de neurotransmisores GABA y de glutamato y se cree que reduce los síntomas de la abstinencia prolongada tales como insomnio, ansiedad, intranquilidad y disforia. Está disponible en presentación oral (dosificación de tres veces al día).

Eficacia: Acamprosate aumenta la proporción de bebedores dependientes que se mantienen en abstinencia durante varias semanas a meses, resultado demostrado en múltiples estudios europeos y confirmado por un meta-análisis de 17 ensayos clínicos.[21] El meta-análisis presentó resultados de que un 36 por ciento de los pacientes que tomaban acamprosate resultaron abstinentes contínuos al cabo de seis meses, comparado con el 23 por ciento de los que tomaban un placebo.

Más recientemente, dos grandes estudios en los Estados Unidos fallaron en confirmar la eficacia de acamprosate,[22,23] aunque análisis secundarios en uno de los estudios sugirió la posible eficacia en pacientes que habían tenido una meta inicial de abstinencia.[23] Un motivo para la discrepancia entre los hallazgos europeo y estadounidense puede ser que los pacientes de las pruebas europeas tenían una dependencia más grave que los pacientes de los ensayos estadounidenses,[21,22] factor consistente con estudios pre-clínicos que muestran que acamprosate tiene un mayor efecto en animales con una historia prolongada de dependencia.[24] Además, antes de comenzar a tomar los medicamentos, la mayoría de los pacientes de los estudios europeos habían estado en abstinencia durante más tiempo que los pacientes de los ensayos estadounidenses.[25]

Disulfiram

Mecanismo: Disulfiram (Antabuse®) interfiere con la degradación del alcohol, resultando en acumulación de acetaldehído que, a su vez, produce una reacción muy desagradable incluyendo rubor, náusea y palpitaciones si el paciente consume alcohol. Está disponible en presentación oral (dosificación de una vez al día).

Eficacia: La utilidad y efectividad de disulfiram se consideran limitadas debido a que por lo general la adherencia es pobre cuando a los pacientes se les permite tomarlo a su discreción.[26] Es más efectivo cuando se monitorea su administración, como en una clínica o por el cónyuge.[27] (Si el cónyuge u otro miembro de la familia es el monitor, indique al paciente y al monitor que el paciente debe estar tomando el medicamento y el monitor sólo debe observar. Pídale también al monitor que se comunique con usted si el paciente no se adhiere a este plan durante 2 días). Sin embargo, algunos pacientes responderán al disulfiram si se lo administran ellos mismos, especialmente si están altamente motivados para abstenerse. Otros podrán usarlo de forma casual para situaciones de alto riesgo, tales como eventos sociales donde hay alcohol presente.

¿Durante cuánto tiempo se deben mantener los medicamentos?

El riesgo de recaída en la dependencia del alcohol es muy alto en los primeros 6 a 12 meses luego de empezar la abstinencia y disminuye gradualmente con los años. Por lo tanto, se recomienda un periodo inicial mínimo de 3 meses de farmacoterapia. Aunque todavía no se ha establecido una duración óptima para el tratamiento, no es desatinado continuar el tratamiento por un año o más si el paciente responde a los medicamentos durante este tiempo cuando el riesgo de recaída es mayor. Después que los pacientes descontinúan los medicamentos, necesitan un seguimiento más cercano y se les debe restablecer la farmacoterapia si ocurre una recaída.

Si un medicamento no funciona, ¿se debe prescribir otro?

De no haber respuesta al primer medicamento elegido, podría considerar el uso de un segundo medicamento. Este enfoque secuencial parece ser una práctica clínica común, pero actualmente no existen estudios publicados que examinen su efectividad. De igual forma, todavía no hay suficiente evidencia para recomendar un orden específico para los medicamentos.

¿Hay algún beneficio en combinar medicamentos?

Un amplio ensayo en los Estados Unidos no encontró ningún beneficio si se combinaban acamprosate y naltrexone.[22] En sentido más amplio, no hay evidencia de que la combinación de cualquiera de los medicamentos para tratar la dependencia del alcohol mejora los resultados que se obtienen si se usa un solo medicamento.

¿Deben también recibir consejería especializada sobre el alcohol o una referencia a grupos de ayuda mutua aquellos pacientes que están tomando medicamentos?

El ofrecimiento de una gama completa de tratamientos efectivos maximizará la elección y resultados del paciente, ya que ningún enfoque único es universalmente exitoso o atrayente para los pacientes. Los diferentes enfoques—medicamentos para la dependencia del alcohol, consejería profesional y grupos de ayuda mutua—son complementarios. Todos comparten las mismas metas a la vez que abordan diferentes aspectos de la dependencia del alcohol: neurobiológico, psicológico y social. Los medicamentos no tienen tendencia al abuso, así que no plantean un conflicto con otras estrategias de apoyo que enfatizan la abstinencia.

Casi todos los estudios de medicamentos para la dependencia del alcohol han incluido algún tipo de consejería y se recomienda que todos los pacientes que toman estos medicamentos reciban por lo menos una breve consejería médica. En un reciente ensayo amplio, la combinación de naltrexone oral y breves sesiones de consejería médica ofrecidos por el personal de enfermería o médico fue efectiva sin tratamiento conductual adicional por parte de un especialista.[22] También se animó a los pacientes a que asistieran a grupos de apoyo con el fin de aumentar el estímulo social por la abstinencia. Para más información, refiérase a “Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol” en la página 17 y “¿Debo recomendar alguna terapia conductual especial para pacientes que tienen trastornos por el uso de alcohol?” en la página 31.

Medicamentos para Tratar la Dependencia del Alcohol

	Naltrexone (Depade®, ReVia®)	**Naltrexone Inyectable de Liberación Prolongada** (Vivitrol®)	**Acamprosate** (Campral®)	**Disulfiram** (Antabuse®)
Acción	Bloquea los receptores opioides, resultando en una reducción del ansia y en una menor gratificación en respuesta a la bebida.	Igual que el naltrexone oral; duración de 30 días.	Afecta los sistemas neurotransmisores GABA y de glutamato, pero su actividad relacionada con el alcohol es incierta.	Inhibe el metabolismo intermedio del alcohol, ocasionando una acumulación de acetaldehído y una reacción de rubor, sudoración, náusea y taquicardia si el paciente consume alcohol.
Contraindicaciones	Durante el uso de opioides o en abstinencia aguda de opiodies; necesidad prevista de analgésicos opioides; hepatitis aguda o falla hepática.	Igual que el naltrexone oral, más masa muscular inadecuada para inyección intramuscular profunda; erupción o infección en el lugar de la inyección.	Insuficiencia renal grave (CrCl ≤ 30ml/min).	Uso concomitante de alcohol o preparaciones que contienen alcohol o metronidazole; enfermedad arterial coronaria; enfermedad grave del miocardio; hipersensibilidad a los derivados del caucho (thiuram).
Precauciones	Otras enfermedades hepáticas; insuficiencia hepática; historial de intentos suicidas. Si se requiere analgésicos opioides, se podrán necesitar dosis mayores y la depresión respiratoria podrá ser más profunda y prolongada. Embarazo de Categoría C. Advierta a las pacientes que lleven consigo una tarjeta de bolsillo para alertar al personal médico en caso de emergencia. Para información sobre la tarjeta de cartera refiérase a *www.niaaa.nih.gov/guide*	Igual que el naltrexone oral, además de hemofilia u otros problemas de sangrado.	Insuficiencia renal moderada (ajuste de dosis para CrCl entre 30 y 50 ml/min); depresión o ideas y conducta suicida. Embarazo de Categoría C.	Cirrosis o insuficiencia hepática, enfermedades cerebro vasculares o daño cerebral; psicosis (actual o histórica); diabetes mellitus; epilepsia; hipotiroidismo; insuficiencia renal. Embarazo de Categoría C. Advierta a las pacientes que lleven consigo una tarjeta de cartera para alertar al personal médico en caso de emergencia. Para información sobre la tarjeta de cartera refiérase a *www.niaaa.nih.gov/guide.*
Reacciones adversas graves	Precipitará el síndrome de abstinencia severa si el paciente tiene dependencia de los opioides; hepatotoxicidad (aunque no parece ser una hepatotoxina a las dosis recomendadas).	Igual que el naltrexone oral, además de infección en el sitio; depresión y casos inusuales incluyendo neumonía alérgica e ideas y conducta suicida.	Los casos inusuales incluyen ideas y conducta suicida.	Reacción del disulfiram al alcohol; hepatotoxicidad, neuritis óptica, neuropatía periférica, reacciones psicóticas.
Efectos secundarios frecuentes	Náusea, vómitos, disminución del apetito, dolores de cabeza, vértigo, fatiga, somnolencia, ansiedad.	Igual que el naltrexone oral, además de una reacción en el sitio de la inyección; dolor en las articulaciones; dolores musculares o calambres.	Diarrea, somnolencia.	Sensación de sabor metálico en la boca; dermatitis; somnolencia transitoria moderada.
Ejemplos de interacciones con el medicamento	Medicamentos opioides (bloquea su acción).	Igual que el naltrexone oral	No se conoce ninguna interacción clínicamente importante.	Anticoagulantes tales como warfarina; isoniazida; metronidazole; dilantina; cualquier medicamento no prescrito que contenga alcohol.
Dosis usual para adultos	*Dosis oral:* 50 mg Diariamente. *Antes de prescribir:* Los pacientes deben estar libres del uso de opioides por un mínimo de 7 a 10 días antes de comenzar. Si siente que hay riesgo de precipitación en una reacción de síndrome de abstinencia a los opioides, administre el naloxone challenge test. Evalúe la función hepática. *Seguimiento de laboratorio:* Monitoree la función hepática.	*Dosis IM:* 380 mg dados como inyección intramuscular profunda en el glúteo, una vez al mes. *Antes de prescribir:* Igual que el naltrexone oral, además examine el sitio de la inyección para comprobar si hay una masa muscular y condición de la piel adecuadas. *Seguimiento de laboratorio:* Monitoree la función hepática.	*Dosis oral:* 666 mg (dos tabletas de 333 mg) tres veces al día o, para pacientes con insuficiencia renal moderada (CrCl 30 a 50 ml/min), reducir a 333 mg (una tableta) tres veces al día. *Antes de prescribir:* Evalúe la función renal. Establezca la abstinencia.	*Dosis oral:* 250 mg diarios (rango de 125 mg a 500 mg). *Antes de prescribir:* Evalúe la función hepática. Advierta al paciente (1) que no debe tomar disulfiram por lo menos 12 horas después de beber y que puede ocurrir una reacción del alcohol al disulfiram hasta 2 semanas después de la última dosis; y (2) que evite el alcohol en la dieta (por ejemplo: salsas y vinagres), medicamentos que no necesitan receta médica (por ejemplo: jarabes para la tos) y artículos de tocador (por ejemplo: colonia, enjuague bucal). *Seguimiento de laboratorio:* Monitoree la función hepática.

Nota: Este cuadro resalta algunas de las propiedades de cada uno de los medicamentos. ***No*** provee información completa y ***no*** tiene la intención de sustituir las instrucciones de uso u otras fuentes de referencia sobre el medicamento usadas por los profesionales de la salud. Para información al paciente acerca de estos y otros medicamentos, la Biblioteca Nacional de Medicina ofrece MedicinePlus (*http://medlineplus.gov*). La decisión sobre si un medicamento debiese ser prescrito y en qué cantidad es asunto que debe ser tratado en las personas y sus proveedores de atención de salud. La información de suscripción ofrecida aquí ***no*** substitiye la opinión profesional de un proveedor de salud en una circunstancia particular y los NIH no aceptan obligaciones ni responsabilidad por el uso de la información con respecto a pacientes particulares.

La información de este cuadro fue extraída principalmente de los materiales incluidos en los paquetes y de las referencias 18, 20, 22 y 26 (refiérase a las páginas 33-34). Enero de 2007

Apoyo a Pacientes Que Toman Medicamentos para la Dependencia del Alcohol

La farmacoterapia para pacientes con dependencia del alcohol es más efectiva cuando se combina con cierto apoyo conductual, pero no tiene necesariamente que ser consejería especializada e intensiva sobre alcohol. Los enfermeros y médicos en servicios de medicina general y salud mental, al igual que los consejeros, pueden ofrecer breve pero efectivo apoyo conductual que promueve la recuperación. La aplicación de este enfoque de manejo de los medicamentos en dichos entornos ampliaría de gran manera el acceso a tratamiento efectivo, dado que muchos pacientes con dependencia del alcohol no tienen acceso a tratamiento especializado o rehúsan una referencia.

¿Cómo pueden los profesionales de la medicina general y salud mental ayudar a los pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol?

Manejar la atención de pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol es similar a las estrategias de manejo de otras enfermedades como el inicio de la terapia de insulina en pacientes con diabetes mellitus. En el reciente ensayo clínico Combinación de Medicamentos e Intervenciones Conductuales (COMBINE), los médicos, enfermeros y otros profesionales de atención de la salud en entornos ambulatorios ofrecieron una serie de sesiones breves de apoyo conductual para pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol.[22] Las sesiones promovieron la recuperación aumentando la adherencia a los medicamentos y apoyando la abstinencia mediante educación y referencia a grupos de apoyo.[22] Esta *Guía* ofrece un conjunto de plantillas que delinean este programa (refiérase a las páginas 19 a 22). Fue diseñada para su fácil implementación en entornos no especializados, de conformidad con la tendencia nacional hacia la integración del tratamiento de los trastornos ocasionados por el uso de sustancias en la práctica médica.

¿Cuáles son los componentes del apoyo al manejo de medicamentos?

El apoyo al manejo de medicamentos consiste de sesiones breves y estructuradas conducidas por un profesional de la atención de salud. La sesión inicial comienza con la revisión de los resultados de la evaluación médica con el paciente, al igual que las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Esta información enmarca una discusión acerca del diagnóstico de la dependencia del alcohol, la recomendación de abstinencia y la lógica de los medicamentos. Luego el profesional de la salud provee información sobre el medicamento mismo y sobre estrategias de adherencia y anima la participación en un grupo de auto apoyo como Alcohólicos Anónimos (AA).

En visitas subsiguientes, el profesional de la salud evaluaría el consumo de alcohol del paciente, el funcionamiento general, la adherencia al medicamento y cualquier efecto secundario del medicamento. La estructura de la sesión varía de acuerdo con el estatus de consumo y cumplimiento de la adherencia del paciente, como se delinea en la página 22. Cuando el paciente no se adhiere a un régimen de medicamentos, es importante evaluar los motivos y ayudar al paciente a diseñar planes para abordarlos. En el "Manual de Tratamiento de Manejo Médico" del Proyecto COMBINE, disponible en el Internet en *www.niaaa.nih.gov/guide*, se ofrece un resumen útil de estrategias para manejar la falta de adherencia.

Igual que se realizó en el estudio COMBINE, el programa consistió de una sesión inicial de aproximadamente 45 minutos seguidos de ocho sesiones de 20 minutos durante las semanas 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 16. Las prácticas de medicina general o salud mental pueden no seguir este cronograma particular, pero el mismo es ofrecido en conjunto con las plantillas como punto de inicio para el desarrollo de un programa que funcione para su práctica y sus pacientes.

¿Se puede usar el apoyo al manejo de medicamentos con pacientes que no adoptan una meta de abstinencia?

Este programa de manejo de medicamentos ha sido probado sólo en pacientes para los cuales se recomendó abstinencia, y esto es común en la mayoría de los estudios sobre farmacoterapia. No se sabe si funcionaría también si la meta del paciente es reducir en lugar de abstenerse. Aún cuando los pacientes no apoyen la abstinencia como meta, frecuentemente reducen el consumo sin abandonarlo. Se le anima a continuar trabajando con aquellos pacientes que están trabajando para recuperarse pero que todavía no han alcanzado las metas óptimas de abstinencia o reducción del consumo de alcohol sin síntomas de remisión total de dependencia. También puede encontrar que muchas de las técnicas usadas en el apoyo al manejo de medicamentos—tales como síntomas vinculantes y resultados de laboratorio con consumo excesivo de alcohol—son útiles para el manejo de pacientes dependientes del alcohol en general.

Plantilla de la Sesión Inicial

Apoyo al Manejo de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol

Esta plantilla delinea la primera de una serie de citas diseñadas para apoyar a los pacientes diagnosticados con dependencia del alcohol que están iniciando un tratamiento de medicamentos para ayudarlos a mantener la abstinencia.

Fecha: ______________ Tiempo empleado: ______________________________

Nombre del paciente ______________________________

Historial relevante: ______________________________

Observaciones: ______________________________

Antes de la consejería:

Registro del cuadro del paciente:

☐ Medicamento para la dependencia del alcohol prescrito:
 ☐ Naltrexone PO ☐ X-R-naltrexone inyectable ☐ Acamprosate ☐ Disulfiram ☐ otro: ____________
 dosis y horario: ______________________________

☐ Resultados de laboratorio y otra información del paciente (llene en la columna izquierda del cuadro a continua-ción, hasta el grado posible)

Recabe:

☐ Información del paciente sobre el medicamento (disponible, por ejemplo, en *www.medlineplus.gov*)

☐ Tarjeta de bolsillo de emergencia para naltrexone o disulfiram (refiérase a *www.niaaa.nih.gov/guide*)

☐ Listado de grupos locales de ayuda mutua. Para AA, refiérase a *www.aa.org;* para otros grupos, el sitio de Internet del Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas en *www.ncadi.samhsa.gov* bajo "Recursos".

Información del paciente— del cuadro o informe del paciente, esta es la base para la consejería	**Consejería—** ofrecida de manera imparcial, realza las motivación del paciente y provee la lógica para los medicamentos
1 Revise los resultados de laboratorio y las consecuencias médicas adversas del consumo excesivo de alcohol:	**Ligue los resultados y síntomas al uso excesivo de alcohol:**
Resultados del examen de la función hepática: → AST (SGOT): ____________ ALT (SGPT): ____________ GGT (GGTP): ____________ Bilirrubina total: ____________ Albúmina: ____________	**Describa la función hepática normal y los efectos adversos del consumo excesivo de alcohol, luego discuta los resultados de los exámenes de la función hepática:** *Si están en el rango normal:* "Es una señal positiva de que su hígado no ha sufrido daños hasta el momento y que ahora usted tiene la oportunidad de mantenerse así cambiando sus hábitos de bebida. Tener un hígado sano también lo ayudará a tener una recuperación más rápida y completa". *Si son anormales:* "Los resultados de laboratorio son probablemente una señal de cambios no saludables en su hígado a causa del consumo excesivo de alcohol. Mientras continúe bebiendo, más difícil será revertir el daño. Pero si deja de beber, puede llevar su función hepática de vuelta a lo normal".
Presión sanguínea: :____/____ Pulso:____ →	**Si la presión sanguínea está elevada, describa la relación entre la presión sanguínea alta y el consumo excesivo de alcohol.**
Otras condiciones médicas afectadas por el consumo de alcohol y resultados de laboratorio importantes: → ☐ diabetes ☐ enfermedad cardiaca ☐ GI: ________ ☐ insomnia ☐ depresión ☐ ansiedad ☐ dolor ☐ otra: ____________ ☐ otros resultados de laboratorio importantes (por ejemplo: MCV): ________	**Describa la relación entre la(s) condición(es) y el consumo excesivo de alcohol, incluyendo resultados de laboratorio importantes.**

2 Revise la cantidad de consumo de alcohol y las consecuencias adversas no-médicas del consumo excesivo de alcohol:

Cantidad de consumo de alcohol: ¿Cuándo tomó su último trago? ____________

En los últimos 30 días,

— cuántos días de consumo de alcohol (*cualquier* alcohol): _____ días

cuántos días de consumo *excesivo* de alcohol (5 o más tragos/día para hombres, 4 o más tragos/día para mujeres): _____ días

Consecuencias adversas no-médicas:

☐ interpersonales ☐ eempleo/escuela ☐ legales

especifique: ____

→ **Concéntrese más en las consecuencias de la bebida que en la cantidad:**

"Veo que cuando bebe, lo hace excesivamente y que ha informado sobre algunos problemas relacionados con esta situación, tales como (x). Los vemos como señales (adicionales) de que la bebida está afectando su vida."

3 Confirme el diagnóstico de dependencia del alcohol.

→ **Recomiende abstinencia y provea la lógica para los medicamentos:**

"Usted tiene un diagnóstico de dependencia del alcohol". (Proporcione materiales al paciente, si hay.) "Le recomendamos enfáticamente que deje de beber totalmente. Para algunas personas que tienen dependencia del alcohol, esta es la opción más segura. También es mejor para su salud. Dejar de beber es difícil, por lo que se le ha prescrito un medicamento que puede ayudarlo a abstenerse."

4 Revise la decisión del paciente sobre su abstinencia:

¿Está el paciente dispuesto a abstenerse? ☐ si ☐ no

Comentario: ____

____

→ **Si el paciente no está dispuesto o no puede comprometerse a la abstinencia, ofrezca un periodo de prueba:**

"Si está pensando que la abstinencia de por vida es una meta demasiado difícil para comprometerse ahora mismo, podría intentar un breve periodo de, digamos, un mes para saber lo que es la vida sin el alcohol. "¿Estaría dispuesto a intentarlo?"

Si no acepta una prueba de abstinencia, reconsidere si los medicamentos son aún aceptables con una meta modificada.

Provea consejería sobre medicamentos, centrándose en:

☐ **Mecanismo de acción y transcurso de tiempo de los efectos.** Describa la forma en que funcionan los medicamentos y el tiempo que toman en ser efectivos.

☐ **Efectos secundarios potenciales.** Discuta la probabilidad de ocurrencia de efectos secundarios (refiérase a la información de uso del paquete) y las formas de afrontar eventos adversos tales como náusea y diarrea. Notifique al paciente que se comunique con usted si está preo-cupado por cualquier efecto secundario.

☐ **Dosificación y adherencia.** Revise el régimen de dosificación, recuerde al paciente que debe tomar el medicamento consistentemente para lograr efectividad y explíquele lo que debe hacer si se salta una dosis.

☐ **Estrategias de adherencia.** Discuta el historial de hábitos de toma de pastillas del paciente, luego estrategias para promover la adherencia, tales como tomar pastillas a la misma hora todos los días, usar pastilleros semanales y utilizar el apoyo de otras personas.

☐ **Tarjetas de emergencia.** Para naltrexone, eduque al paciente acerca de las complicaciones potenciales del uso de opioides y analgésicos. Para disulfiram, eduque al paciente acerca de la reacción del disulfiram al alcohol y evitar el alcohol en alimentos y medicinas. Dé al paciente tarjetas de cartera de emergencia: __________ __________ (iniciales y fecha)

6 Estimule la participación en un grupo de apoyo:

☐ **Provea una lista de opciones locales y describa los beneficios de asistir.** Comente que asistir a AA o a otro grupo de auto apoyo es una forma de adquirir una red de amigos que han encontrado formas de vivir sin el alcohol. Diga al paciente que los medicamentos son provisionales y que la importancia de los grupos de auto apoyo aumenta cuando se dejan de tomar los medicamentos.

☐ **Aborde las barreras para asistir:**

- Si el paciente está renuente a asistir: "¿Estaría dispuesto a intentar sólo una reunión antes de nuestra próxima sesión?"
- Si el paciente ha asistido a una reunión anteriormente y no se sintió cómodo: "No todos los grupos son iguales. Es probable que necesitará intentar ir a varios antes de encontrar uno que le guste".
- Si el paciente está preocupado acerca de la desaprobación de los miembros con respecto a su medicamento: "El medicamento es una herramienta que usará en un esfuerzo por no beber. Se ha demostrado que ayuda a otros de detener el consumo de alcohol. Además, no es adictivo. Y la política oficial de AA apoya que la gente tome medicamentos no-adictivos prescritos por un médico".

7 Resumen:

☐ Resuma el diagnóstico y la recomendación de abstinencia

☐ Resuma el régimen de dosificación

☐ Pregunte si tiene algunas preguntas o dudas

☐ Programe la próxima visita

☐ Otro seguimiento: __________

____

____

8 Fecha de la próxima cita: ________________

Plantilla de la Sesión de Seguimiento

Apoyo al Manejo de Medicamentos para la Dependencia del Alcohol

Fecha: ______________ Tiempo empleado: ______________________________

Nombre del paciente: ____

Signos vitales (si se tomaron): PS: _____/_____ P: _______ Peso: _______

Datos de laboratorio (de haber): GGT: _____ AST: _____ ALT: ________ Otro: ________

Progreso general y preocupaciones del paciente desde la última visita: ______________

____

Observaciones de los conocimientos del paciente: ______________ Estado de ánimo: __________

Señales físicas: ____________________ Otro: ______________________________

Estatus de consumo de alcohol

- **¿Cuánto tiempo ha pasado desde el último trago?** _____ días/semanas/meses
- **En los últimos 30 días (o desde la última visita si es menos de 30 días):**
  — cuántos días de consumo de alcohol (*cualquier* alcohol): _____ días en los últimos _____ días
  — cuántos días de consumo excesivo de alcohol (5 o más tragos/día para hombres, 4 o más tragos/día para mujeres): _____ días en los últimos _____ días
- **Otro:** ____

Farmacoterapia para el alcohol

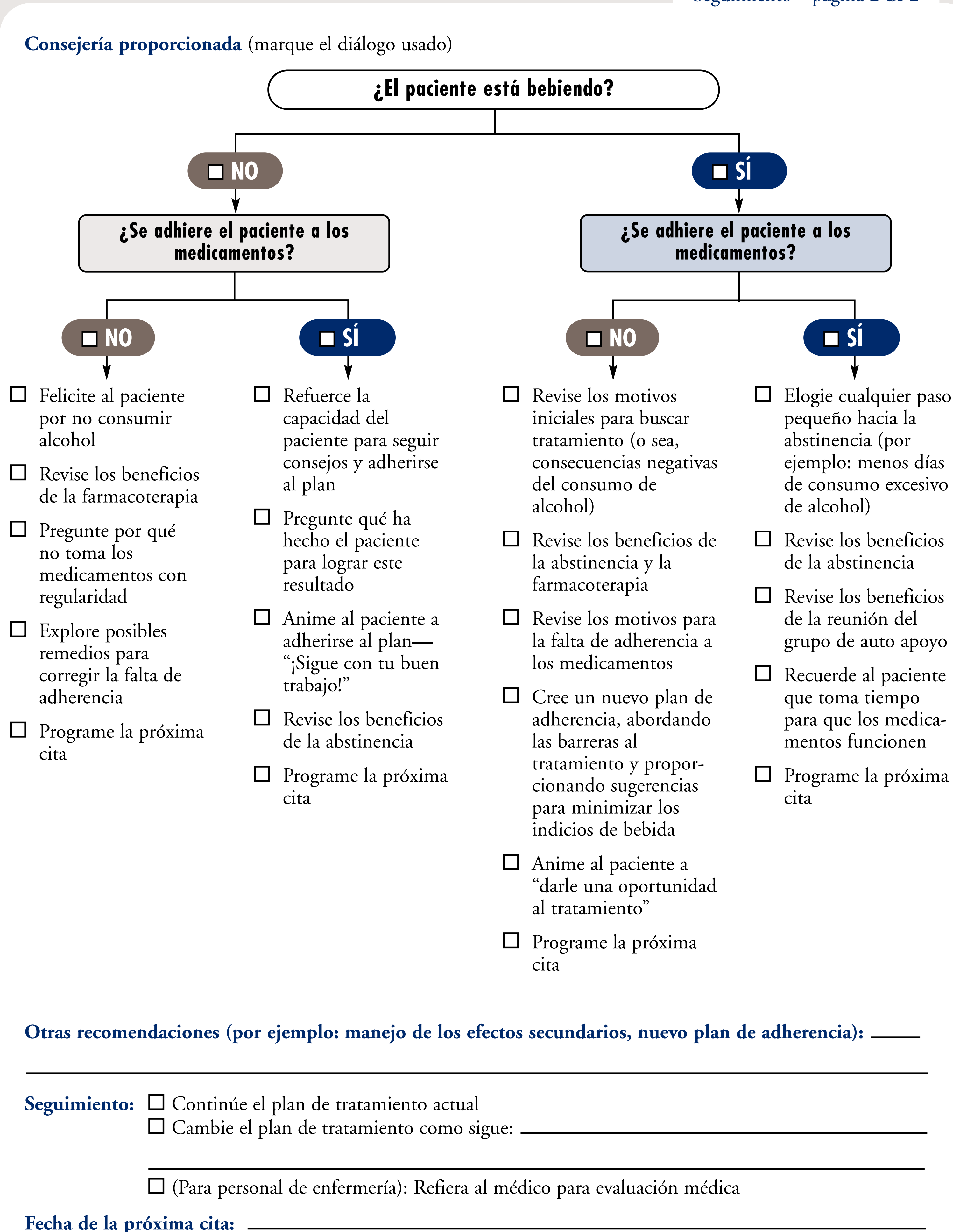
- **Medicamentos prescritos:** ☐ ninguno ☐ naltrexone PO ☐ XR-naltrexone inyectable ☐ acamprosate ☐ disulfiram ☐ otro: ______________________
- **En los últimos 30 días (o desde la última visita si es menos de 30 días), ¿cuántos días ha tomado medicamentos el paciente?** _____ días en los últimos _____ días
- **Efectos secundarios:** ☐ ninguno ☐ náusea ☐ vómito ☐ diarrea ☐ dolores de cabeza ☐ reacción en el sitio de la inyección ☐ otro: ______________________
- **Percepción del paciente sobre la efectividad del medicamento:** ☐ útil ☐ no es útil ☐ no está seguro ☐ especifique: ______________________

Otro tratamiento recibido

Desde su última visita, usted ha:

Sí	*No*	
☐	☐	¿Comenzado a tomar algún medicamento nuevo? (especifique) __________
☐	☐	¿Asistido a grupos de apoyo? De ser afirmativo, ¿con cuánta frecuencia? __________
☐	☐	¿Recibido consejería para alcohol o adicción? (especifique) __________
☐	☐	¿Recibido otra consejería? (especifique) __________
☐	☐	¿Entrado a un programa de tratamiento? ☐ residencial ☐ ambulatorio intensivo ☐ otro (especifique) __________
☐	☐	¿Sido hospitalizado a causa de uso de alcohol o drogas? (especifique) __________
☐	☐	¿Sido hospitalizado a causa de síndrome de abstinencia (convulsiones)? (especifique) __________

Consejería proporcionada (marque el diálogo usado)



Otras recomendaciones (por ejemplo: manejo de los efectos secundarios, nuevo plan de adherencia): ______

____

Seguimiento: ☐ Continúe el plan de tratamiento actual
☐ Cambie el plan de tratamiento como sigue: ______________________________

____

☐ (Para personal de enfermería): Refiera al médico para evaluación médica

Fecha de la próxima cita: ______________________________

Recursos de Referencia

Cuando haga referencias, involucre a su paciente en las decisiones y programe una cita de referencia mientras su paciente esté en el consultorio.

Buscar opciones de evaluación y tratamiento

- Para pacientes que tienen seguro, contacte a un administrador de casos de salud conductual en la compañía de seguros para obtener una referencia.
- Para pacientes que no tienen suficiente cobertura de seguro o no están asegurados, contacte a su departamento de salud local para conocer los servicios relacionados con la adicción.
- Para pacientes que están empleados, pregúnteles si tienen acceso a un programa de asistencia al empleado con consejería sobre adición.
- Para obtener las opciones de tratamiento en su área:
  - Llame a los hospitales locales para saber cuáles ofrecen servicios relacionados con la adicción.
  - Llame al Servicio Nacional de Rutas de Referencia para el Tratamiento de Drogas y Alcohol (1-800-662-HELP) o visite el sitio de Internet sobre Localizador de Tratamiento de Establecimientos para el Abuso de Sustancias en *http://findtreatment.samhsa.gov.*

Buscar grupos de apoyo

- Alcohólicos Anónimos (AA) ofrece en forma gratuita grupos de voluntarios y están ampliamente disponibles para la recuperación de la dependencia del alcohol. Los voluntarios están generalmente dispuestos a trabajar con profesionales que refieren a los pacientes. Para información de contacto en su región, visite *www.aa.org*.
- Otras organizaciones de auto ayuda que ofrecen enfoques laicos, grupos sólo para mujeres o apoyo para miembros de la familia, se pueden encontrar en el sitio de Internet del Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (*www.ncadi.samhsa.gov*) bajo “Recursos”.

Recursos locales

Use el siguiente espacio para la información de contacto sobre los recursos en su área (centros de tratamiento, grupos de auto apoyo como AA, servicios gubernamentales locales, el centro de Asuntos de Veteranos más cercano, refugios, iglesias).

¿Qué es una Bebida Estándar?

Una bebida estándar en los Estados Unidos es cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de alcohol puro (aproximadamente 0.6 onzas líquidas o 1.2 cucharadas). A continuación están los equivalentes de bebidas estándares. Estos son aproximados ya que el contenido real de alcohol varía según la marca y tipo de bebida.

12 oz. de cerveza	8-9 oz. de licor de malta	5 oz. de vino de mesa	3-4 oz. de vino fortificado	2-3 oz. de cordial, licor o aperitivo	1.5 oz. de brandy	1.5 oz. de alcohol
	8.5 oz. servidas en 12 oz. que de estar el vaso lleno, sostendría aproximadamente 1.5 bebidas estándar de licor de malta		(como jerez o porto) Se muestra 3.5 oz	Se muestra 2.5 oz	(una medida de 1.5 oz)	(una medida de ginebra, vodka, whisky al 80-proof = 40% de alcohol, etc.) Mostrado directamente y en un vaso de whisky con hielo para mostrar el nivel antes de añadir el mezclador*
~5% alcohol	~7% alcohol	~12% alcohol	~17% alcohol	~24% alcohol	~40% alcohol	~40% alcohol
12 oz.	8.5 oz.	5 oz.	3.5 oz.	2.5 oz.	1.5 oz.	1.5 oz.
355 ml	250 ml	148 ml	103 ml	74 ml	44 ml	

Medidas equivalentes en ml—aproximadas

Muchas personas no saben lo que constituye una bebida estándar, y por lo tanto, no se dan cuenta de cuántas bebidas estándares están incluidas en los envases en que usualmente se vende el alcohol. Algunos ejemplos son:

- Para la **cerveza,** el número aproximado de medidas estándar corresponde a:
  - 12 oz. = 1
  - 16 oz. = 1.3
  - 22 oz. = 2
  - 40 oz. = 3.3
- Para el **licor de malta,** el número aproximado medidas estándar corresponde a:
  - 12 oz. = 1.5
  - 16 oz. = 2
  - 22 oz. = 2.5
  - 40 oz. = 4.5
- Para el **vino de mesa,** el número aproximado de medidas estándar corresponde a:
  - estándar de 750 ml (25 oz.) botella = 5
- Para **bebidas alcohólicas de 80-Proof = 40% de alcohol,** o "licor fuerte," el número aproximado de medidas estándar corresponde a
  - bebida mezclada = 1 o más*
  - una pinta (16 oz.) = 11
  - un quinto (25 oz.) = 17
  - 1.75 L (59 oz.) = 39

****Nota:*** Puede ser difícil calcular la cantidad de bebidas estándares servidas en una sola bebida mezclada que ha sido preparada con licor fuerte. Dependiendo de factores tales como el tipo de alcohol y la receta, una bebida mezclada puede contener de una a tres o más bebidas estándares.

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTADOS UNIDOS

Casi 3 de cada 10 adultos en los Estados Unidos tienen patrones de bebida de riesgo[3] *y por tanto, se beneficiarían con el consejo de reducir el consumo de alcohol o ser referidos a una evaluación adicional. Durante una intervención breve, usted puede usar esta tabla para demostrar que (1) la mayoría de las personas se abstienen de beber o beben dentro de los límites recomendados y (2) la prevalencia de los trastornos por el uso de alcohol aumenta cuando se bebe en exceso. Aunque la reducción del consumo de alcohol dentro de los límites es un buen paso, no está libre de riesgo, ya que en menores niveles de alcohol pueden ocurrir accidentes automovilísticos y otros problemas.*

¿CUÁL ES SU PATRÓN DE CONSUMO?	¿CUÁN FRECUENTE ES ESTE PATRÓN?	¿CUÁN FRECUENTES SON LOS TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL EN LOS BEBEDORES QUE TIENEN ESTE PATRÓN?
Basado en los siguientes límites—cantidad de tragos: *En un* **DÍA** *cualquiera—nunca más de* **4** *(hombres) o* **3** (mujeres) **– Y –** *En una* **SEMANA** *típica—no más de* **14** *(hombres) o* **7** *(mujeres)*	**Porcentaje de adultos de 18 años o más en los Estados Unidos***	**Prevalencia combinada de abuso y dependencia de alcohol****
***Nunca* excede los límites diarios o semanales** *(2 de cada 3 personas en este grupo se abstuvieron o bebieron menos de 12 tragos en un año)*	**72%**	*menos de* **1 en 100**
Excede *solamente* el límite diario *(Más de 8 de cada 10 en este grupo excede el límite diario menos de una vez a la semana)*	**16%**	**1 en 5**
Excede *tanto* los límites *diarios* como los límites *semanales* *(8 de cada 10 en este grupo excede el límite diario una vez a la semana o más)*	**10%**	*casi* **1 en 2**

* Para simplificar, no se incluyen en el cuadro el 2% de los adultos en los Estados Unidos que exceden solamente los límites semanales. La prevalencia combinada de trastornos por el uso de alcohol en este grupo es de 8 por ciento.

** Refiérase a la página 5 para conocer los criterios de diagnóstico sobre trastornos por el uso de alcohol.

Estrategias para reducir el consumo de alcohol

Algunos pequeños cambios pueden hacer una gran diferencia en reducir las probabilidades de tener problemas relacionados con el consumo de alcohol. Aquí presentamos algunas estrategias para probar. Marque algunas para probarlas la primera se-mana, y agregue otras la semana siguiente.

☐ **Llevar la cuenta**
Lleve la cuenta de cuánto bebe. Encuentre alguna manera de hacerlo que le sirva—como, por ejemplo, llevar una tarjeta de 3 x 5” (pulgadas) en su cartera—para hacer marcas en el calendario de la cocina o utilizar una computadora de mano. Si usted toma nota de cada trago antes de beberlo, eso le ayudará a ir más despacio cuando lo necesite.

☐ **Contar y medir**
Conozca la medida de trago estándar, para poder contar sus tragos con precisión. Una medida de trago estándar equivale a 12 onzas de cerveza, 8 a 9 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino de mesa ó 1.5 onzas de bebidas con 80% de contenido alcohólico. Mida los tragos que beba en su casa. Fuera de su casa, puede resultar difícil saber la cantidad de medidas de trago estándar de un trago combinado. Para llevar la cuenta, puede que necesite pedirle la receta al camarero o barman.

☐ **Fijar metas**
Decida cuántos días por semana desea beber y cuántos tragos beberá esos días. Usted puede reducir el riesgo de depender del alcohol y los problemas relacionados a la bebida permaneciendo entre los límites establecidos en el recuadro de la derecha. Es una buena idea tener días en los que no beba.

☐ **Ir lento y espaciado**
Cuando beba, hágalo con calma. Hágalo de a pequeños sorbos. No beba más un trago con alcohol por hora. Alterne “espaciadores de tragos”—tragos sin alcohol, como agua, soda o jugo—con tragos que contengan alcohol.

☐ **Incluir alimentos**
No beba con el estómago vacío—tenga algo de comida para que el alcohol sea absorbido más lentamente por su organismo—.

☐ **Evitar “disparadores”**
¿Qué dispara su impulso de beber? Si ciertas personas o lugares lo llevan a beber aún cuando usted no desea hacerlo, trate de evitarlos. Si ciertas actividades, horarios del día o sentimientos disparan el impulso, planifique lo que hará en lugar de beber. Si beber en su casa es un problema, tenga poco alcohol allí, o nada.

☐ **Planificar para controlar los impulsos**
Cuando lo ataque un impulso, tenga en cuenta estas opciones: recuerde sus motivos para cambiar, convérselo con detenimiento con alguna persona de su confianza; participe en una actividad saludable y entretenida, o “deslicese sobre el impulso” como si fuera una ola del mar—en lugar de luchar contra el sentimiento, acéptelo y supérelo, sabiendo que pronto llegará a la cresta de la ola y la pasará.

☐ **Estar preparado para decir “no”**
Usted es propenso a que le ofrezcan un trago en oportunidades en las que no desea beber. Tenga listo un educado y convincente “No, gracias”. Cuanto más rápidamente pueda decir no a estos ofrecimientos, menos propenso será a ceder. Si vacila, se estará dando tiempo para pensar excusas para aceptar.

LÍMITES DE CONSUMO MÁXIMO PARA ADULTOS SANOS*

Para hombres saludables **hasta los 65 años:**
- no más de **4** tragos **al día** Y
- no más de **14** tragos **a la semana**

Para **mujeres** saludables (y hombres saludables **mayores de 65 años):**
- no más de **3** tragos **al día** Y
- no más de **a la semana**

* Dependiendo de su estado de salud, su doctor puede recomendarle beber menos o la abstención.

Consejos prácticos adicionales para dejar de beber

Si desea dejar de beber de una vez, las últimas tres estrategias pueden ayudarlo. Además, puede que desee pedir ayuda a personas que puedan estar deseosas de ayudar, como un cónyuge o amigos no bebedores. Unirse a Alcohólicos Anónimos u otro grupo de ayuda mutua es una forma de adquirir una red de amigos que han encontrado formas de vivir sin alcohol. Si usted depende del alcohol y decide dejar de beber por completo, no lo haga por su propia cuenta.

Para un bebedor empedernido, abandonar la bebida repentinamente puede provocar serios daños colaterales, como ataques de apoplejía. Vea a un médico para planificar una recuperación sin riesgos.

Materiales en el Internet para Profesionales de la Salud y Pacientes

Visite el sitio de Internet de NIAAA en *www.niaaa.nih.gov/guide* para obtener estos y otros materiales para apoyarlo en su indagación sobre el uso de alcohol, intervenciones breves y atención de seguimiento del paciente. El NIAAA continuamente elabora y actualiza materiales para profesionales de la salud y pacientes, por favor consulte el sitio de Internet para ver estos materiales. También puede ordenar materiales escribiendo al Centro de Distribución y Publicaciones del NIAAA, P.O. Box 10686, Rockville; MD 20849-0686 o llamando al teléfono 301-443-3860.

Apoyo y capacitación para profesionales de la salud

Formularios para descargar



- Instrumento de indagación: El Cuestionario (AUDIT) para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol en inglés y español
- Apoyo para la evaluación: Preguntas de muestra para la evaluación de trastornos relacionados con el uso de alcohol
- Notas de progreso y plantillas pre-formateadas
  - Notas de progreso inicial y de seguimiento
  - Plantillas de apoyo para el manejo de los medicamentos
- Formulario de tarjeta de cartera de medicamentos

Presentación de diapositivas animadas



- Esta presentación de PowerPoint™ de 80 diapositivas ayuda a los instructores en la presentación de la *Guía* a estudiantes y profesionales de los campos de la medi-cina general y salud mental.

Capacitación en el Internet

- Capacitación en el Internet sobre indagación e intervención breve para obtener créditos de Educación Médica Continua.

Publicaciones para profesionales



- *Alertas sobre Alcohol:* Estos boletines de 4 páginas proporcionan información oportuna sobre investigaciones y tratamientos para el consumo de alcohol.
- *Salud e Investigación sobre Alcohol:* Cada artículo de esta publicación revisada trimestralmente por profesionales contiene artículos de revisión sobre un tema central relacionado con la investigación sobre el alcohol.
- *Una Guía de Bolsillo para la Indagación sobre Alcohol e Intervención Breve:* Es una versión condensada y portátil de esta publicación.
- Edición en español de la *Guía: Ayudando a Pacientes Que Beben en Exceso—Guia Para Profesionales de la Salud.*

Educación para pacientes

Folletos para descargar

- En Inglés y Español: *Strategies for Cutting Down (Estrategias para la Reducción del Consumo); U.S. Adult Drinking Patterns (Patrones de Consumo de Alcohol de Adultos Estadounidenses); What's a Standard Drink? (¿Qué es una Bebida Estándar?)*



Publicaciones para el público

- En Inglés y Español: *Alcohol: A Women's Health Issue (Alcohol: Artículo sobre la Salud de la Mujer); Frequently Asked Questions about Alcoholism and Alcohol Abuse (Preguntas Frecuentes sobre Alcoholismo y Abuso del Alcohol); A Family History of Alcoholism: Are You at Risk? (Una Historia Familiar sobre Alcoholismo: ¿Está Usted en Riesgo?)* y más.

Preguntas Frecuentes

Acerca de la indagación sobre el alcohol e intervenciones breves

- **¿Cuán efectiva es la indagación sobre consumo excesivo de alcohol?**
  Los estudios han demostrado que la indagación es sensitiva y que los pacientes están dispuestos a suministrar a los profesionales de la salud información honesta sobre su hábito de beber cuando se usan métodos apropiados.[6,15] Se ha demostrado que funcionan diferentes métodos, incluyendo entrevistas con preguntas sobre cantidad-frecuencia y cuestionarios, tales como el CAGE, el AUDIT, el AUDIT-C más corto, el TWEAK (para mujeres embarazadas) y otros.[28,29] En esta *Guía*, la indagación con una sola pregunta acerca de los días en que se bebe en exceso se escogió por su simplicidad y porque la mayoría de las personas con trastornos por el uso de alcohol informan haber ingerido 5 o más bebidas en un día (para hombres) o 4 o más (para mujeres) por lo menos ocasionalmente. Esta *Guía* también recomienda el AUDIT (suministrado en la página 11) como una herramienta de evaluación auto-administrada debido a su alto grado de validez y confiabilidad.[15]

- **Con la entrevista de una sola pregunta, el resultado es positivo sólo con un día de consumo de alcohol en exceso en el último año. ¿No se está generalizando demasiado con esto?**
  Una reacción común a la pregunta de indagación es: "Todo el mundo va a cumplir con esta condición, por lo menos ocasionalmente". Sin embargo, una amplia encuesta nacional realizada por el NIAAA, demostró que casi tres cuartas partes de los adultos estadounidenses nunca exceden los límites a los que se refiere la pregunta de indagación.[3] Aún si los pacientes informan de que sólo consumen alcohol en exceso en ocasiones especiales, la indagación proporciona una oportunidad para educarlos acerca de los límites seguros de consumo de alcohol, de modo que el consumo excesivo no se haga más frecuente. El riesgo de problemas relacionados con el uso de alcohol aumenta con la cantidad de días de consumo excesivo[1] y algunos problemas, tales como conducir cuando está intoxicado o algún trauma, pueden ocurrir con un solo evento.

- **¿Cuán efectivas son las intervenciones breves?**
  Las pruebas clínicas aleatorias y controladas en diferentes poblaciones y entornos han demostrado que las intervenciones breves pueden disminuir significativamente el consumo de alcohol en las personas que beben por encima de los límites recomendados, pero que no tienen dependencia. Por ejemplo, en varios estudios sobre intervenciones con múltiples contactos breves, los bebedores de alcohol en exceso reducen su consumo en promedio de tres a nueve bebidas por semana, con lo que se logra una reducción neta de 13 a 34 por ciento en el consumo.[30] Aún las reducciones relativamente modestas en el consumo de alcohol pueden traer importantes beneficios de salud cuando se distribuyen a través de una gran cantidad de gente. Los estudios sobre intervenciones breves también han informado acerca de disminuciones significativas en las mediciones de la presión sanguínea, los niveles de gamma-glutamil transferasa (GGT), problemas psicosociales, días de hospitalización y re-admisiones hospitalarias debido a traumas relacionados con el uso de alcohol.[8] Los periodos de seguimiento generalmente van de 6 a 24 meses, aunque un reciente estudio informó sobre reducciones sostenidas en el consumo de alcohol durante 48 meses.[8] Un análisis de costo-beneficio en este estudio demostró que cada dólar invertido en intervenciones médicas breves podía cuadriplicar los ahorros en costos de atención médica en el futuro. Otra investigación muestra que los pacientes con dependencia del alcohol que tienen una enfermedad médica relacionada con el alcohol, pueden tener reducciones significativa o incluso dejar de beber, si reciben intervenciones breves en intervalos aproximados de un mes durante 1 a 2 años.[9,10]

- **¿Qué puedo hacer para motivar a mis pacientes a responder con honestidad y exactitud a las preguntas de la indagación?**
  Con frecuencia es mejor preguntar sobre el consumo de alcohol al mismo tiempo que se pregunta sobre otras conductas de salud, tales como fumar, dieta y ejercicio. Si usa un enfoque empático y sin confrontación, puede ayudar a los pacientes a sentirse cómodos. Algunos profesionales de la salud han encontrado que cuando hacen una introducción a las preguntas del alcohol mediante una pregunta abierta no amenazante, tal como: "¿Disfruta usted bebiendo un trago ocasionalmente?", pueden propiciar que los pacientes reservados hablen del tema. Los pacientes podrán sentir también que una versión escrita o computarizada de auto-informe del cuestionario AUDIT es menos antagónica. Para mejorar la exactitud de las cantidades estimadas de consumo, podría pedirle a los pacientes que lean el cuadro "¿Qué es una Bebida Estándar?" en la página 24. Muchas personas se sorprenderían al saber lo que constituye una bebida estándar, especialmente cuando se trata de bebidas con un contenido de alcohol más alto tales como licores de malta, vinos fortificados y aguardiente. El cuadro también enumera la cantidad de bebidas estándares que hay en envases de bebidas de compra frecuente. En algunas situaciones, usted podrá considerar agregar las preguntas "¿Con qué frecuencia

compra alcohol?" y "¿Cuánto alcohol compra?", para ayudar a elaborar un estimado exacto

- **¿Cómo se puede implementar un sistema de indagación en una clínica u oficina?**
El método mejor estudiado, que es al mismo tiempo fácil y eficiente, es pedirles a los pacientes que llenen el cuestionario AUDIT de 10 preguntas antes de ver al médico. Este formulario (proporcionado en la página 11) se puede agregar a otros formularios que llenan los pacientes. El cuestionario AUDIT completo o el AUDIT-C de 3 preguntas también se pueden incorporar a una formulario más largo sobre historial médico. El AUDIT-C consiste en las tres primeras preguntas del AUDIT relacionadas con el consumo de alcohol; un puntaje de 6 o más para hombres y de 4 o más para mujeres indica un resultado positivo. Alternativamente, la indagación mediante una sola pregunta en el Paso 1 de la *Guía* se podría incorporar en un formulario de historial médico. La indagación también se puede realizar personalmente por un enfermero durante la admisión del paciente (Refiérase también a "Establezca su Práctica para Simplificar el Proceso" en la página 3).

- **¿Hay alguna consideración específica para implementar la indagación en los entornos de salud mental?**
Los estudios han demostrado una estrecha relación entre trastornos por el uso de alcohol y otros trastornos mentales.[32] El consumo en exceso puede producir síntomas psiquiátricos, tales como depresión, ansiedad, insomnio, disfunción cognitiva y conflictos interpersonales. Para pacientes que tienen un trastorno psiquiátrico independiente, el consumo en exceso podrá comprometer la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, es importante que todos los profesionales de la salud mental realicen indagaciones de rutina relacionadas con el consumo en exceso.

Se conoce menos acerca del desempeño de los métodos de indagación o las intervenciones breves en entornos de salud mental que en los entornos de atención primaria. Aún así, es muy probable que la indagación con una sola pregunta en esta *Guía* funcione razonablemente bien, ya que la mayoría de las personas con trastornos por el uso de alcohol informan haber bebido por encima de los límites diarios recomendados, por lo menos ocasionalmente.

Los profesionales de salud mental necesitarán realizar una evaluación más detallada para determinar si está presente un trastorno por el uso de alcohol y cómo este pudiera estar interactuando con otros trastornos mentales o por el uso de sustancias. Los límites recomendados para el consumo de alcohol deberán disminuirse dependiendo de los problemas coexistentes y los medicamentos prescritos.

Igualmente, se necesitará una intervención conductual más prolongada para abordar los trastornos coexistentes por uso de alcohol, ya sea suministrada como parte del tratamiento de salud mental o a través de referencia a un especialista en adicción.

Acerca de los niveles de consumo de alcohol y consejos

- **¿Cuándo debo recomendar la abstención en el consumo de alcohol o su reducción?**
Ciertas condiciones permiten recomendar la abstención en lugar de la reducción. Estas condiciones incluyen cuando las personas
  - están embarazadas o pueden llegar a estarlo
  - están tomando un medicamento contraindicado (refiérase a la nota a continuación)
  - tienen un trastorno médico o psiquiátrico causado o exacerbado por la bebida, o
  - tienen un trastorno por el uso de alcohol

Si los pacientes con trastornos por el uso de alcohol no están dispuestos a comprometerse con la abstinencia, tal vez prefieran reducir el consumo. Esto se debe alentar observando al mismo tiempo que la abstinencia, como la estrategia más segura, tiene mayor probabilidad de éxito a largo plazo.

Para las personas que beben en exceso, que no tienen un trastorno por el uso de alcohol, emplee su criterio profesional para determinar si la reducción o la abstinencia son más apropiadas, sobre la base de factores tales como:

℞ Interacción Entre el Alcohol y los Medicamentos

El alcohol puede interactuar negativamente con los medicamentos, ya sea interfiriendo con su metabolismo (por lo general en el hígado) o aumentando sus efectos (especialmente en el sistema nervioso central). Muchas clases de medicinas de prescripción pueden interactuar con el alcohol, incluyendo antibióticos, antidepresivos, antihistamínicos, barbitúricos, benzodiazepinas, agonistas de receptor H2 de histamina, relajantes musculares, medicamentos para el dolor y agentes anti-inflamatorios no opioides, opioides y warfarina. Además, muchos medicamentos que no necesitan receta médica y preparaciones de hierbas pueden ocasionar efectos secundarios negativos cuando se toman junto con el alcohol.

- una historia familiar de problemas de alcohol
- edad avanzada
- lesiones relacionadas con la bebida
- síntomas tales como trastornos del sueño o disfunción sexual

Puede ser beneficioso discutir las diferentes opciones, tales como reducir el consumo hasta los límites recomendados o abstenerse completamente, tal vez por 2 meses, y luego reconsiderar el consumo en el futuro. Si la estrategia inicial es reducir el consumo pero el paciente no puede permanecer dentro de los límites, recomiende la abstinencia.

■ ¿Cómo considero los beneficios potenciales del consumo moderado en mi recomendación a los pacientes que casi nunca beben o no beben del todo?

El consumo moderado de alcohol (definido por los Lineamientos Dietéticos de los Estados Unidos como hasta dos bebidas diarias para los hombres y una para las mujeres) ha estado relacionado con un menor riesgo de enfermedad cardiaca coronaria.[33] Sin embargo, sigue siendo difícil lograr un equilibrio entre los riesgos y los beneficios del consumo de alcohol, debido a que cada persona tiene una susceptibilidad diferente a las enfermedades potencialmente causadas o prevenidas por el alcohol. Su recomendación a una persona joven con una historia familiar de alcoholismo, por ejemplo, sería diferente a la recomendación que le daría a un paciente de mediana edad con una historia familiar de enfermedad cardiaca prematura. La mayoría de los expertos no recomiendan aconsejar a los pacientes no bebedores a empezar a beber para reducir su riesgo cardiovascular. Sin embargo, si un paciente está considerando esto, discuta los límites y las formas del consumo seguro para evitar el daño inducido por el alcohol.

■ ¿Por qué los límites de consumo recomendados son menores para algunos pacientes?

Los límites son menores para las mujeres debido a que proporcionalmente tienen menos agua corporal que los hombres y por tanto, logran concentraciones más altas de alcohol en la sangre después de consumir la misma cantidad de alcohol. Los adultos mayores también tienen menos masa corporal magra y mayor sensibilidad a los efectos del alcohol. Además, hay muchas situaciones clínicas en las que se indican abstinencia o límites más bajos debido a un mayor riesgo de daño relacionado con el consumo. Algunos ejemplos incluyen a mujeres embarazadas o que podrán estarlo, pacientes que toman medicamentos que pueden interactuar con el alcohol, personas jóvenes con una historia familiar de dependencia del alcohol y pacientes con condiciones físicas o psiquiátricas que son causadas o exacerbadas por el uso de alcohol.

■ Algunos de mis pacientes que beben en exceso creen que esto es normal. ¿Qué porcentaje de personas toma por encima o por debajo de los niveles moderados?

Aproximadamente 7 de cada 10 adultos se abstienen de consumir alcohol, beben con poca frecuencia o beben dentro de los límites diarios y semanales indicados en el Paso 1.[3] El resto excede los límites diarios, los límites semanales o ambos. El cuadro sobre “Patrones de Consumo de Alcohol de Adultos Estadounidenses” en la página 25 muestra el porcentaje de bebedores en cada categoría, así como la prevalencia de trastornos por el uso de alcohol en cada grupo. Debido a que las personas que beben en exceso piensan con frecuencia que la mayoría de las personas beben la misma cantidad y con la misma frecuencia que ellos, puede ser beneficioso suministrarles la información normativa acerca de los patrones de consumo en los Estados Unidos y los riesgos relacionados para que comprueben por ellos mismos. En particular, aquellos que piensan que es bueno beber moderadamente durante la semana y en exceso durante los fines de semana, necesitan saber que tienen mayor probabilidad no sólo de lesiones inmediatas relacionadas con el alcohol sino también de desarrollar trastornos por el uso del alcohol y otros trastornos médicos y psiquiátricos relacionados con el alcohol.

■ Algunas de mis pacientes que están embarazadas no ven nada malo en beber ocasionalmente. ¿Cuál es la recomendación más actualizada?

Algunas mujeres embarazadas no conocen los riesgos involucrados con el consumo de alcohol, mientras que otras pueden haber bebido antes de saber que estaban embarazadas. Un reciente estudio calcula que 1 de cada 10 mujeres embarazadas en los Estados Unidos consume alcohol.[34] Además, entre las mujeres sexualmente activas que no están usando control de natalidad, más de la mitad consumen alcohol y 12.4 por ciento informan beber hasta embriagarse, lo que las coloca en un riesgo particularmente elevado para un embarazo expuesto al alcohol.[34]

Cada año en los Estados Unidos, un estimado de 2,000 a 8,000 niños nacen con síndrome de alcohol fetal y muchos miles más nacen con algún grado de efectos relacionados con el alcohol.[35] Estos problemas varían desde problemas leves de aprendizaje y conducta hasta deficiencias de crecimiento y deterioros mentales y físicos graves. Juntos, estos efectos adversos constituyen el espectro de trastornos por el alcohol fetal.

Debido a que no se sabe si cierta cantidad de alcohol es segura durante el embarazo, el Cirujano General recientemente volvió a emitir una recomendación que insta a las mujeres embarazadas o que piensan estarlo a abstenerse de consumir alcohol.[2] La recomendación también incluye que las mujeres embarazadas que ya han consumido alcohol, dejen de consumirlo para

minimizar riesgos adicionales, y que los profesionales de la salud indaguen rutinariamente acerca del consumo de alcohol en las mujeres en edad de gestación.

Acerca del diagnóstico y ayuda a pacientes que tienen trastornos por el uso de alcohol

■ ¿Qué sucede si un paciente informa algunos síntomas de un trastorno por el uso de alcohol, pero no es suficiente para calificar en el diagnóstico?

Los trastornos por el uso de alcohol son similares a otros trastornos médicos tales como hipertensión, diabetes o depresión en cuanto a que tienen "zonas grises" de diagnóstico. Por ejemplo, un paciente podría informar un solo caso de arresto por conducir estando intoxicado y no informar ningún otro síntoma. Debido a que el diagnóstico de abuso de alcohol requiere problemas repetitivos, ese diagnóstico no podría hacerse. Igualmente, un paciente podría informar uno o dos síntomas de dependencia al alcohol, pero se necesitan tres para poder calificar en el diagnóstico.

Cualquier síntoma de abuso o dependencia es causa de preocupación y se debe abordar, ya que un trastorno por el uso de alcohol podría estar presente o desarrollándose. Estos pacientes pueden ser más exitosos con la abstención que con la reducción a los límites recomendados. Se recomienda un estrecho seguimiento, así como una reconsideración del diagnóstico a medida que se obtiene mayor información al respecto.

■ ¿Debo recomendar alguna terapia conductual específica a los pacientes con trastornos por el uso de alcohol?

Se usan varios tipos de terapia conductual para tratar los trastornos por el uso de alcohol. Las técnicas conductuales cognitivas, aumento de la motivación y la facilitación de los 12 pasos (el Modelo de Minnessota) han demostrado ser efectivos.[36] Una combinación de enfoques también ha demostrado ser efectiva (refiérase a la próxima pregunta). Obtener la ayuda misma parece ser más importante que el enfoque particular usado, siempre que se evite la confrontación excesiva y se incorporen los elementos básicos de empatía, apoyo motivacional, y un enfoque explícito en el cambio del hábito de consumo de alcohol. Para pacientes que toman medicamentos para la dependencia del alcohol, sesiones breves de consejería médica ofrecidas por un enfermero o médico han demostrado ser efectivas sin ningún tratamiento conductual adicional por parte de un especialista[22] (refiérase a la página 17).

Además de los enfoques de tratamiento más formales, los grupos de auto ayuda tales como Alcohólicos Anónimos (AA) parecen ser muy beneficiosos para las personas que se adhieren a ellos. AA está ampliamente disponible, es gratuita y no requiere ningún compromiso más que el deseo de dejar de beber. Si usted nunca ha asistido a una sesión, considere hacerlo como un observador y seguidor. Para conocer más al respecto, visite *www.aa.org*. Otras organizaciones de auto ayuda que ofrecen enfoques laicos, grupos sólo para mujeres o apoyo para miembros de la familia, se pueden encontrar en el sitio de Internet del Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (*www.ncadi.samhsa.gov*) bajo "Recursos".

■ Como especialista de salud mental, ¿cómo puedo aprender más acerca de consejería especializada sobre el alcohol?

Para un reciente ensayo clínico importante, los becarios de la NIAAA diseñaron una psicoterapia ambulatoria individual de vanguardia para la dependencia del alcohol. Denominada una intervención conductual combinada (CBI), integra terapia cognitiva-conductual, aumento de la motivación, enfoques de 12 pasos, terapia de parejas y reforzamiento comunitario – todos los tratamientos que demostraron ser beneficiosos en estudios anteriores. Los especialistas de conducta aplican la CBI en hasta 20 sesiones de 50 minutos (la mediana del ensayo fue de 10 sesiones). El tratamiento tiene cuatro etapas: desarrollo de motivación para el cambio, desarrollo de un plan individual para el tratamiento y cambio, finalización de módulos individualizados de capacitación en habilidades y realización de exámenes de mantenimiento. Los hallazgos del ensayo muestran que esta consejería especializada sobre alcohol o el medicamento naltrexone fue efectiva, al asociarse con un manejo médico estructurado.[22] La estrategia CBI y materiales de apoyo se suministran en el *Manual de Intervención Conductual Combinada* de 328 páginas del Proyecto COMBINE. Para ordenarlo a un precio bajo, visite *www.niaaa.nih.gov/guide.*

■ ¿Cómo se debe manejar la abstinencia de alcohol?

La abstinencia del alcohol ocurre cuando una persona que tiene dependencia del alcohol deja de beber en forma repentina. Los síntomas generalmente empiezan después de unas cuantas horas y consisten en temblores, sudoración, pulso y presión arterial elevada, náusea, insomnio y ansiedad. También pueden ocurrir convulsiones generalizadas. Algunas veces sigue un segundo síndrome, el delirio por abstinencia de alcohol. Empieza después de 1 a 3 días y dura de 2 a 10 días, consiste en una alteración del centro sensorial, desorientación, memoria inmediata deficiente, alteraciones en el ciclo del sueño y alucinaciones. Usualmente, el manejo consiste en administrar tiamina y benzodiazepina, algunas veces junto con anticonvulsivos, bloqueadores adrenérgicos beta o

antipsicóticos, según se indique. Una abstinencia leve se puede manejar exitosamente en el entorno ambulatorio, pero los casos más complicados o graves requieren hospitalización. (Para mayor información, consulte las referencias 37 y 38 en la página 34.)

¿Hay pruebas de laboratorio disponibles para analizar o monitorear los problemas de alcohol?

Para fines de indagación en los entornos de atención primaria, las entrevistas y los cuestionarios tienen mayor sensibilidad y especificidad para marcadores bioquímicos que las pruebas de sangre, las cuales sólo identifican alrededor del 10 al 30 por ciento de los bebedores en exceso.[39,40] No obstante, los marcadores bioquímicos pueden ser beneficiosos cuando se sospecha de consumo en exceso, pero el paciente lo niega. La prueba más sensible y ampliamente disponible para este propósito es la prueba de Gamma-glutamil transferasa en suero (GGT). Sin embargo, GGT no es muy específica, de manera que necesitan eliminarse las razones para la elevación de GGT que no son causadas por el uso excesivo de alcohol. La GGT y otras transaminasas también pueden ayudar a monitorear el progreso e identificar las recaídas si se encuentra elevada en la base de referencia y los valores seriales pueden proporcionar una valiosa retroalimentación a los pacientes después de una intervención. Otras pruebas de sangre incluyen el volumen corpuscular medio (MCV) de los glóbulos rojos, el cual con frecuencia se encuentra elevado en las personas con dependencia del alcohol y la prueba de transferrin deficiente en carbohidrato (CDT). La prueba CDT es casi tan sensible como la GGT y tiene la ventaja de que no se afecta por enfermedades hepáticas.[41]

Si refiero a un paciente para tratamiento por al-cohol, ¿cuáles son las probabilidades de recuperación?

Una revisión de siete importantes estudios sobre tratamiento de alcoholismo demostró que en el año siguiente al tratamiento, cerca de un tercio de los pacientes no consumían alcohol o lo consumían moderadamente sin consecuencias negativas o dependencia.[42] Aunque las otras dos terceras partes tuvieron algunos períodos de consumo en exceso, en promedio redujeron en más de un 50% el consumo y los problemas relacionados con el alcohol. Estas reducciones parecen durar por lo menos 3 años.[36] Con frecuencia se pasa por alto esta importante mejoría en pacientes que no logran una abstinencia completa o que no logran reducir el consumo para estar libres de problemas. Estos pacientes requieren mayor tratamiento y sus probabilidades de beneficiarse con el siguiente período no parecen estar influenciadas significativamente por haber tenido tratamientos previos.[42] De la misma forma en que suceden otros trastornos médicos, algunos pacientes tienen formas más graves de dependencia al alcohol que pueden requerir tratamiento a largo plazo.

¿Qué puedo hacer para ayudar a los pacientes que tienen problemas para mantener la abstinencia o que recaen?

El cambio en la conducta de consumo de alcohol representa un reto, especialmente para aquellas personas que tienen dependencia del alcohol. Los primeros 12 meses de abstinencia son especialmente difíciles y la recaída es más frecuente durante este período. Si los pacientes recaen, acepte que tienen un trastorno crónico que requiere atención continua; lo mismo que los pacientes que sufren de asma, hipertensión o diabetes. La recurrencia de los síntomas es frecuente y similar en cada uno de estos trastornos,[43] tal vez debido a que exigen que el paciente cambie las conductas de salud para mantener las ganancias. El principio más importante es mantenerse comprometido con el paciente y mantener el optimismo acerca de una mejora eventual. La mayoría de las personas que tienen dependencia del alcohol, y que continúan trabajando para su recuperación, eventualmente logran remisión parcial a total de los síntomas y a menudo lo hacen sin tratamiento conductual especializado.[44] Para los pacientes que tienen problemas para abstenerse o que recaen:

- Si el paciente no está tomando medicamentos para la dependencia al alcohol, considere prescribirle uno y darle seguimiento con manejo de medicamentos (refiérase a las páginas 13-22).
- Trate los trastornos de depresión o ansiedad si están presentes durante más de 2 a 4 semanas después de establecerse la abstinencia.
- Evalúe y aborde otros posibles factores desencadenantes de los problemas o la recaída, incluyendo situaciones de estrés, conflictos interpersonales, insomnio, dolor crónico, deseo de consumo o situaciones de mucha tentación, tales como un matrimonio o convención.
- Si el paciente no está asistiendo a un grupo de auto ayuda o si no está recibiendo terapia conductual, considere recomendar estas medidas de apoyo.
- Estimule a aquellos pacientes que han recaído haciéndoles ver que la recaída es frecuente e indicándoles el valor de la recuperación que se logró.
- Proporcione tratamiento de seguimiento y recomiende a los pacientes a que se comuniquen con usted si están preocupados por la recaída.

Notas

1. Dawson DA, Grant BF, Li TK. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):902-908, 2005.
2. U.S. Surgeon General releases advisory on alcohol use in pregnancy [press release]. Washington, DC. U.S. Department of Health and Human Services. February 21, 2005. Available at: www.hhs.gov/surgeongeneral/pressreleases/sg02222005.html. Accessed October 3, 2006.
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Unpublished data from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), a nationwide survey of 43,093 U.S. adults aged 18 or older. 2004.
4. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*. 98(9):1209-1228, 2003.
5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 348(26):2635-2645, 2003.
6. Miller PM, Thomas SE, Mallin R. Patient attitudes towards self-report and biomarker alcohol screening by primary care physicians. *Alcohol Alcohol.* 41(3):306-310, 2006.
7. Williams EC, Kivlahan DR, Saitz R, et al. Readiness to change in primary care patients who screened positive for alcohol misuse. *Ann Fam Med*. 4(3):213-220, 2006.
8. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Staauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and cost-benefit analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(1):36-43, 2002.
9. Willenbring ML, Olson DH. A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. *Arch Intern Med.* 13;159(16):1946-1952, 1999.
10. Lieber CS, Weiss DG, Groszmann R, Paronetto F, Schenker S, for the Veterans Affairs Cooperative Study 391 Group. II. Veterans Affairs cooperative study of polyenylphosphatidylcholine in alcoholic liver disease. *Alcohol Clin Exp Res*. 27(11):1765-1772, 2003.
11. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 56(10):730-737, 2004.
12. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 61:807-816, 2004.
13. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(2):272-279, 2002.
14. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: A critical review. *JAMA*. 280(2):166-171, 1998.
15. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Arch Intern Med*. 160(13):1977-1989, 2000.
16. Chung T, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Spirito A, Monti PM. Screening adolescents for problem drinking: Performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol*. 61(4):579-587, 2000.
17. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, et al. Targeted naltrexone for early problem drinkers. *J Clin Psychopharmacol*. 23(3):294-304, 2003.
18. Garbutt JC, Kranzler HR, O'Malley SS, et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: A randomized controlled trial. *JAMA,* 293(13):1617-1625, 2005.
19. Bouza C, Angeles M, Munoz A, Amate JM. Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: A systematic review. *Addiction*. 99(7):811-828, 2004.
20. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 8(2):267-280, 2005.
21. Mann K, Lehert P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: Results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 28(1):51-63, 2004.
22. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al., for the COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *JAMA*. 295(17):2003-2017, 2006.
23. Mason BJ, Goodman AM, Chabac S, Lehert P. Effect of oral acamprosate on abstinence in patients with alcohol dependence in a double-blind, placebo-controlled trial: The role of patient motivation. *J Psychiatr Res*. 40(5):383-393, 2006.
24. Rimondini R, Arlinde C, Sommer W, Heilig M. Long-lasting increase in voluntary ethanol consumption and transcriptional regulation in the rat brain after intermittent exposure to alcohol. *FASEB J*. 16(1):27-35, 2002.

25. Mason BJ, Ownby RL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence: A review of double-blind, placebo-controlled trials. *CNS Spectrums*. 5:58-69, 2000.

26. Fuller RK, Gordis E. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? *Addiction*. 99(1):21-24, 2004.

27. Allen JP, Litten RZ. Techniques to enhance compliance with disulfiram. *Alcohol Clin Exp Res*. 16(6):1035-1041, 1992.

28. Screening and brief intervention for alcohol problems. In: *The Tenth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2000:429-443. NIH Publication No. 00-1583.

29. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 158(16):1789-1795, 1998.

30. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 140(7):557-568, 2004.

31. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the U.S. general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):844-854, 2005.

32. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug Alcohol Depend*. 77(2):139-150, 2005.

33. Mukamal KJ, Rimm EB. Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Res Health*. 25(4):255-261, 2001.

34. Alcohol consumption among women who are pregnant or who might become pregnant—US, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 53(50):1178-1181, 2004.

35. The estimate of 2,000 to 8,000 infants born with fetal alcohol syndrome (FAS) is derived by multiplying 4 million U.S. births annually by an estimated 0.5 to 2 percent prevalence of FAS in the general U.S. population. Sources: (1) National Center for Health Statistics. Births, marriages, divorces, and deaths: Provisional data for 2001. *National Vital Statistics Reports*; 2002:50(14); and May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: A summary. *Alcohol Res Health*. 25(3):159-167, 2001.

36. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 22(6):1300-1311, 1998.

37. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*. 278(2):144-151, 1997.

38. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium: An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med*. 164(13):1405-1412, 2004.

39. Hoeksema HL, de Bock GH. The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *J Fam Pract*. 37:268-276, 1993.

40. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.

41. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: A systematic review. *Alcohol*. 19(3):261-271, 1999.

42. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcohol treatment in the United States? *J Stud Alcohol*. 62:211-220, 2001.

43. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 284(13):1689-1695, 2000.

44. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*. 100(3):281-292, 2005.



Publicación de los NIH No. 7 – 3769
Reimpreso en mayo de 2007